ROK VI WARSZAWA 1932 KWIECIEŃ ZESZYT IV

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Z 2-go oddziału wewnętrznego szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

Ordynator: DOC. ZD. MICHALSKI.

Wpływ niektórych środków roślinnych na przebieg gruźlicy doświadczalnej i klinicznej[1])

DR. H. SKWARCZEWSKA I DR. J. MAY.

Gruźlica płuc, jako choroba w wielkim stopniu trapiąca ludzkość jest ciągłym objektem badań doświadczalnych, zarówno lekarzy, jak i coraz bardziej rozmnażających się w naszym kraju znachorów, wreszcie poszczególnych chorych na sobie.

Typową metodą leczniczą gruźlicy stosowaną przez znachorów jest kuracja ziołowa, w istocie rzeczy będąca przedewszystkiem kuracją tuczącą, gdyż przy zalecanem spożywaniu znacznej ilości miodu, tranu, masła, kumysu zioła są raczej czynnikiem wpływającym na psychikę chorego.

Lekarz oceniający należycie wpływ medycyny ludowej na rozwój historyczny naszej farmakognozji, nie odrzuci bezkrytycznie środków ludowych, raczej podda je doświadczeniu w nauce tak *par excellance* doświadczalnej, jaką jest terapja.

Stojąc na tem stanowisku, jak również chcąc wyzyskać rodzime środki roślinne, wybraliśmy kilka z bardziej polecanych w gruźlicy płuc, poddając je niżej omówionym doświadczeniom. Koniec wieku ubiegłego i początek bieżącego odznaczyły się masowem rzuceniem do terapji środków syntetycznych chemicznych. I właśnie teraz może jako odruch samoobrony zaznacza się wśród lekarzy powrót do środków roślinnych, w którym przoduje Francja.

Leclerc mówi: „Przyroda posypała ziemię obficie roślinami dla leczenia chorób śmiertelnych i uzbroiła człowieka w przewód pokarmowy dla przyswajania soków tych roślin“.

[1]) Praca odznaczona na tegorocznym Konkursie „Wiedzy“.

Obecnie są czynione próby modyfikacji sposobów podawania różnych ziół, a więc w formie sproszkowanej, dotąd u nas mało stosowanej, jako wyciągi ze świeżych ziół, produkowane również przez niektóre firmy polskie. Poza nielicznemi ziołami z grupy nasercowych i moczopędnych, ocena działania poszczególnych ziół nie jest ujęta przez dokładne doświadczenia. Porównajmy ilość prac doświadczalnych nad lekami syntetycznemi, opoterapeutycznemi a roślinnemi. Nie powinniśmy się zniechęcać różnemi zdaniami autorów odnośnie do działania pewnych środków roślinnych, co właśnie świadczy o niedostatecznem zbadaniu ich własności. Medycyna ludowa stąpa po omacku *(Biegański)*, nie oparta na doświadczeniu naukowem, jedynie na wieloletniem, może wielowiekowem doświadczeniu i obserwacji zwierząt, instynktownie umiejących sobie radzić w chorobie. Przy porównaniu środków roślinnych o zupełnie podobnym składzie chemicznym stajemy niejednokrotnie wobec faktu, pozornie niejasnego, wielkiej różnicy w działaniu takowych (np. ślaz i żywokost). Mając w pamięci skład chemiczny nie powinniśmy pominąć ważności budowy drobinowej środków organicznych, katalizy, odczynu i t. zw. energji życiowej w/g *Stokvis'a*. Poza składnikami ogólnie znanemi zawierają rośliny jeszcze inne o składzie i znaczeniu, jak dotąd, tajemniczym: krzemionki, garbniki, antocjany, karotyny, saponiny, olejki eteryczne. Właśnie te rozważania skłoniły nas do wyboru ziół li tylko na zasadzie ich popularności bez wglądania w podawany skład chemiczny. Należy zaznaczyć, że do leków ludowych nie wchodzą zioła o działaniu gwałtownem, trującem. Jeśli chodzi o leczenie ziołami przy zupełnym braku środków na choroby zakaźne, pierwszeństwo mają choroby przewlekłe przemiany materji, choroby wywołane gwałtownemi zmianami warunków atmosferycznych, rany, wrzody, grzechy djetetyczne. Prof. *Dragendorf* w swem dziele *„Die Heilpflanzen der verschiedenen Völker und Zeiten 1898"* podaje ponad 12 tys. ziół, mających zastosowanie gospodarczo-lecznicze. Według innych autorów ilość ziół pożytecznych jest jeszcze większa. W Polsce istnieje szereg poważnych podręczników z zakresu ziołolecznictwa, pisanych głównie przez przedstawicieli farmacji *(Biegański, Muszyński)*.

Jeśli chodzi o sposób podawania ziół zazwyczaj są używane mieszanki, zalecane jako takie ze względu na synergizm działania, również jako uzupełniające się pod względem zapachu, smaku, stanu koloidalnego. Chcąc przeprowadzić nasze doświadczenia racjonalnie i opracować wskazania lecznicze danych ziół, podawaliśmy je pojedyńczo, jednocześnie wypróbowując ich działanie na świnkach zakażonych gruźlicą.

Skład chemiczny jest nieokreślony, jako części składowe są podawane:

Biegański.	*de Verdmon.*	*Muszyński.*
	1. Tussilago farfara — Podbiał.	
gorycz, dużo ślazu	garbnik żelazisto-zieleniejący, mangan, śluz, gorzknik wyciągowy, Ca, S.	farfaryna, śluz, garbniki, sole manganu
	2. Achillae Millefolium — Krwawnik.	
olejek lotny błękitny, achilleina, kwas akonitowy	olejek lotny, guma, gorzknik, żywica, siarka	achilleina, garbnik, olejek eteryczny
	3. Hypericum perforatum — Dziurawiec.	
	olejek lotny, śluz, gumy, żywice, białko, hypericina	flawony, karotyny, żywice i garbniki
	4. Polygonum aviculare — Rdest ptasi.	
	białko indygowe, fosforan potasu i wapnia, guma, mączka, kwas garbnikowy	antrachinony, garbnik, flawony, krzemionka
	5. Equisetum arvense — Skrzyp.	
krzemionka, sole mineralne, gorzknik wyciągowy	kwas korzenny, potas, wapń, gorzknik wyciągowy	

Biegański.	*de Verdmon.*	*Muszyński.*
	6. Galeopsidis — Koci pysk.	
gorzknik żywiczny, guma, śluz	niedokwas żelaza, guma, sole wapnia, tłuszcze	
	7. Ledum palustrae — Bagno.	
	olejek eteryczny, kwas ledatinowy.	

Marchew wzięliśmy do doświadczeń jako środek roślinny obfitujący w karotyny, ciała zbliżonego bądź co bądź do cholesteryny. Na ludzi tego doświadczenia nie przenieśliśmy ze względów trudności technicznych.

Doświadczenia na świnkach.

Etap 1. Celem sprawdzenia „jadalności" ziół, umieściwszy świnki po dwie w klatce, odżywialiśmy je wyłącznie, codzień odważaną porcją ziół, w ilości 30 gr. na klatkę (w tym okresie były bez podściółki). Cztery świnki kontrolne były żywione przez cały czas jednakowo, a mianowicie owsem, marchwią, sianem. Z wyjątkiem bagna i dziurawca, inne zioła były zjadane chętnie.

Podczas tego okresu, wyłącznie ziołowego, wszystkie świnki schudły od 9 — do 70 gr., co w zależności od wagi wyniosło od 4 — 19%. Świnki odżywiane marchwią schudły nieco mniej 2 — 3%.

W drugim etapie podawaliśmy dobrze zmieszane zioła z owsem i siano w ilości 20 — 30 gr. ziół, oraz 50 — 70 gr. owsa na klatkę dziennie. W tym okresie, wynoszącym 6 lub 12 dni wszystkie świnki przybywały na wadze (były ważone co 2 dni).

Świnki zakażono jednego dnia 4-o tygodniową hodowlą gruźlicy na ziemniaku, otrzymaną z Państwowego Zakładu Higjeny. Począwszy od 9 dnia od chwili zakażenia wszystkie świnki zaczęły chudnąć z wyjątkiem tych, które były na marchwi. Te ostatnie zaczęły chudnąć w 14 dni po zakażeniu.

Pierwsza świnka padła w 2 dni po zakażeniu, na sekcji stwierdzono przebicie jelita grubego, reszta, to znaczy dziewiętnaście od 21 — 45 dni. Badania sekcyjne wykazały zmiany prosówkowe w sieci, wątrobie, śledzionie, czasem zmiany skąpe w nerkach i jajnikach, w kilku przypadkach stwierdzono duże nacieki z masami serowatemi w miejscach zakażenia.

W n i o s k i.

Świnki leczone: a) żyły krócej niż kontrolne,
b) zginęły przy zmianach stosunkowo małych, co świadczy o złośliwości szczepu i złośliwości przebiegu zakażenia.

Ten całkowicie ujemny wpływ ziół na przebieg zakażenia gruźliczego u morskich świnek, nie przeczy możliwości wywierania dodatniego wpływu na przebiegającą *a priori* przewlekle gruźlicę ludzi. Wiadomo bowiem, że środki przyśpieszające zejście świnek gruźliczych, przez swe działania drażniące, jak tuberkulina lub lecytyna, na przebieg gruźlicy ludzkiej mogą działać dodatnio.

Doświadczenia na chorych.

Jednocześnie przystąpiliśmy do podawania wyżej wspomnianych ziół chorym. Firma Krogulecki uprzejmie zgodziła się na przygotowanie proszków z ziół sproszkowanych na wzór firmy niemieckiej Philipsburg-Baden. Forma ta ma tę przewagę nad naparami, iż pozwala na podanie całkowitego składu danych ziół, a mianowicie tłuszczy roślinnych i innych części nierozpuszczalnych w wodzie, również nie ulega tak szybko rozkładowi. Jednocześnie jednak mogliśmy stwierdzić fakt, że odwary bardziej wzmagają sokotok i łaknienie. Ogółem w obserwacji mieliśmy 20 chorych.

Z tej ilości brały

tussilago farfara	— 5
equisetum arvense	— 2
ledum palustrae	— 2
achillae milefolium	— 3
hypericum perforatum	— 3
galeopsidis	— 2
polygonum aviculare	— 3

Wszystkie chore podlegały systematycznemu badaniu klinicznemu, były prze-

Zestawienie w tablicy świnek morskich poddanych doświadczeniu.

Zioła	Waga początkowa	Waga po 3 dniach na sam. ziołach	Dieta miesz. zioła+owies 6 — 12 dni	Waga najwyższa	Waga końcowa	Padła ilość dni po zakażeniu	Wynik sekcji
Rdest	370	320 13%	340	378	360	24	Nieliczne ogniska gruźlicze serowate w wątrobie, naciek w miejscu zakażenia.
	490	430 12%	480	500	475	24	Nieliczne ogniska w wątrobie śledzionie.
Bagno	475	530 7,8%	555	555	550	28	Ogniska gruźlicze w śledzionie, wątrobie.
	250	225 10%	270	300	295	28	Ogniska gruźlicze w śledzionie, wątrobie, naciek w miejscu zakaż.
Dziurawiec	460	390 15%	410	420	415	22	Ogniska gruźlicze w przeponie, sieci, wątrobie, nerkach.
	270	220 18%	230	265	250	22	Ogniska gruźlicze w otrzewn., nerkach, sieci.
Koci pysk	507	440 13%	520	545	545	24	Ogniska gruźlicze w sieci, śledzionie.
	275	255 7%	290	315	285	22	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie, nerce, jądrach.
Podbiał	310	280 9%	375	375	350	21	Ogniska gruźlicze w wątrobie, sieci.
	319	295 8%	400	415	385	22	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie, sieci.
Krwawnik	472	415 12%	475	485	295	31	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie.
	352	298 15%	455	455	400	23	Ogniska gruźlicze w sieci, śledzionie, torebce nerki prawej.
Skrzyp	409	372 9%				2	Perforacja jelita grubego.
	329	317 4%	415	450	445	27	Ogniska gruźlicze w sieci, śledzionie.
Marchew	314	305 3%	405	410	250	28	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie, sieci.
	344	337 2%	420	440	265	28	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie, sieci, prawej nerce i jajnikach.
Kontrola	350	364 4%	400	400	305	27	Ogniska gruźlicze w sieci, w wątrobie bardzo liczne.
	405	425 9,8%	465	460	360	40	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie, sieci.
	220			260	210	45	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie.
	390			440	300	28	Ogniska gruźlicze w sieci, śledzionie, wątrobie, torebce nerki prawej.

Zestawienie w tablicy chorych poddanych doświadczeniu.

Chora lat	Rozpoznanie	Zioła	Czas trwania kuracji	Waga		Przyrost wagi		O pocz.	B końc.	Wpływ na zmiany fizykalne płuc	Wpływ zaobserw. na inne objawy: temp., obj. subjekt.	Jednoczesne leczenie zasadnicze
				pocz	końc.	kg.	%					
S. S. 17	Phtisis destructiva pulm. dext. K+	Hypericum perforatum	18	45,8	46,2	+0,4	0,87	35				XII Inj. stib. 1%—3,
S. R. 28	Phtisis fibro-caseosa praecipue fibrosa pulm. utriusque progr. K+		42	47,9	52,4	+4,5	9,4	78	85	Nieliczne rzężenia utrzymują się	Stan podgorączkowy	
Z. S. 26	Tbc fibro-caseosa bilat. progr. chr. K+		25	47,9	49,0	+1,3	2,7	82	72			
B. C. 23	Phtisis caseoso-cavernosa pulm. utriusque progr. K+	Polygonum aviculare	30	62,6	56,4	—6,2	9,9	116	124			Zmarła 12.XI
A. J. 34	Pleuritis exs. bilat. t.b.c. incip. pulm. K+		45	50,7	56,3	+5,6	11,0	90	80		-	Natri salicylici
Z. L. 21	T.b.c. fibro-caseosa praecipue caseosa pulm. utriusque K+		58	45,8	46,2	+0,4	0,87	19	11	Bez zmiany		
H. F. 35	Phtisis declar. bilat. progr. subacuta K+	Herba Galeopsidis	61	38,5	38,0	—0,5	1,3	100	124		Poty mniejsze	V inj. allochr. V inj. stib.
M. R. 22	T.b.c. caseosa lob. sup. pulm. sin K—		40	53,7	55,3	+1,6	2,97	55	18			Pneumothorax sin
Z. W. 36	Phtisis fibro-caseosa praecipue fibrosa pulm. sin. cum pleuritide exsud. K—	Ledum palustrae	62	70,1	72,8	+1,7	2,4	15	8		Stan bezgorączkowy	
N. S. 17	Phtisis caseoso-cavernosa pulm. dext. et fibro-caseosa pulm. sin. progr. subac. K+		61	42.4	41,4	—1,0	2,3	68	30			inj. stib.
M. R.	Phtisis fibro-caseosa bilat. progr. chr. K+	Tussilago farfara	62	40,5	40,0	— 0,5	1,25	45	50	Bez zmiany	Bez zmiany	Inj. camphorae
J. Z. 19	Phtisis caseoso-cavernosa bilat. progred. K+		62	44.8	41,1	—3,7	9,0	33	70	Pogorszenie	Pogorszenie	Inj. camphorae Inj. pantoponi
J P. 28	Phtisis fibro-caseosa bilat. progr. Lues III		30	41,0	38,5	—2,5	6,0	90	50	Rzężeń mniej	Samopoczucie lepsze poty mniejsze	XV inj. hydr. bichl. corr.
E. F. 28	T.b.c. fibro-caseosa praecipue fibr. bilatr K+		65	44,4	54,0	+9,6	21,0	30	5	Uprzednio nieliczne rzężenia, znikły	Nie pluje nie kaszle, nie poci się temperatura obniżyła się około 2 stopni, silna zgaga, zwłaszcza po odwarze	
M. M. 39	Phtisis fibro-caseosa progr. bilat. T.b.c. coeci K+	Achilliae Millefolium	30	45,1	43,7	—1,4	3,1	128	70	Rzężeń mniej	Osłabienie, wymioty, bóle brzucha	
J. B. 32	Phtisis caseoso-cavernosa bilat. progr. K+		40	43,0	44,0	+1,0	2,3	60	55	Bez zmiany	Silna zgaga	
H. K. 27	Phtisis caseosa-cavern. sin fibro-caseosa dext. progr. Lues III K+		38	49,1	47,7	–1,4	2,8	120	55			Pneumothorax sin Bismuthoidol
J. B. 27	Phtisis fibro-caseosa bilat. progr. K—	Tussilago farfara	14	43,0	45,3	+2,3	5,3	36	28			
C. M. 16	Phtisis caseoso-cavernosa sin. fibro-caseosa dext. progr. K+	Equisetum arvense	60	40,5	44,0	+3,5	8,6	84	45	Mniej rzężeń, ustąpienie odd. oskrz.	Apetyt dobry, kaszle mniej	
P. 28	T.b.c. fibro-caseosa bilat, t.b.c. coeci		30	43,3	43,0	—0,3	0,7	61	43	Rzężeń mniej	Bóle brzucha, wymioty, biegunki, osłabienie	

świetlane ewent. fotografowane rentgenologicznie, ważone co tydzień, a w przebiegu kuracji conajmniej dwukrotnie miały określany odczyn Biernackiego, metodą Westergreen'a.

Po zużyciu proszków, których w tej postaci apteka szpitalna nie mogła nam przygotować, niektóre chore dostawały w dalszym ciągu odwary. Maksymalny czas obserwacji wynosił 2 miesiące, w tym czasie w miarę możności unikaliśmy podawania narkotyków i innych środków leczniczych.

Zestawiając wyniki kliniczne możemy powiedzieć, że:

1) wszystkie wyżej wymienione zioła są nieszkodliwe, nawet przy dłuższem stosowaniu nie powodują wyraźnych podmiotowych zaburzeń. Jedynie po podawaniu krwawnika i podbiału, zwłaszcza w odwarach występowały czasem objawy nadkwaśności, co można zaliczyć do cech dodatnich, gdyż gruźlica przeważnie przebiega z niedokwaśnością.

2) Na dolegliwości u gruźlików pospolite, jak kaszel, gorączka, poty, wyraźnego wpływu nie stwierdziliśmy;

3) Poprawa fizykalna w przypadkach:
podbiał — 1
skrzyp — 1

4) Waga wzrosła w 55%.

5) Poprawa odczynu Biernackiego w 70%.

Ogólną poprawę pod każdym względem to znaczy wagi, temperatury, odczynu Biernackiego, zmian fizykalnych osiągnęliśmy tylko w 2 przypadkach wyżej wspomnianych, co daje w sumie 10% poprawy (stan jednej z nich przed podawaniem podbiału ulegał pogorszeniu).

Reasumując wyniki:

a. gruźlicę doświadczalną u świnek podawanie wyżej wymienionych ziół wyraźnie obostrza,

b. pewien dodatni wpływ na ciężką gruźlicę płucną w nielicznych przypadkach nie da się zaprzeczyć.

Ujmując rzecz praktycznie w cierpieniu tak pospolitem i długotrwałem, jak suchoty płucne, każdy środek mogący wpłynąć korzystnie, nie będąc nadto przykrym dla chorego ma swoją cenę. W naszych badaniach najlepsze wyniki dały podbiał, skrzyp i krwawnik.

Jeśli chodzi o podbiał to znaleźliśmy adnotację w polskiej, wprawdzie tłumaczonej, terapji z 1737 r. *Alexego Pedemontana,* polecający go jako lek skuteczny w suchotach płucnych. Za pożyczenie tej książki w imieniu oddziału pozwalamy sobie podziękować prof. Weil'owi.

Skrzyp posiada największą zawartość kwasu krzemowego (według Parnasa). Jak wiadomo kwas krzemowy podlegał licznym badaniom w tym kierunku:

Cobert 1901, Hugo Szulc 1902, Zickgraf 1908, Kohle 1914, Kühn 1920, Kesseler 1920 i Helwig 1921 [1]).

Autorzy ci przypisują kwasowi krzemowemu zdolność pobudzania tkanek ustroju do włóknienia z jednej strony, z drugiej zaś wzmagania ilości leukocytów wielojądrowych. Skrzyp, jak wiadomo stanowi *panaceum* ludowe na wszystkie choroby, do raka włącznie. Co do innych stosowanych przez nas ziół, ściślejszych informacyj podać nie możemy.

Obecnie na podstawie tych krótkich badań, które może są wyjątkiem co do metodyki, uważalibyśmy za możliwe stosowanie w suchotach płucnych mieszanki z podbiału, skrzypu i krwawnika w formie proszków lub odwarów, jako środek nieszkodliwy, a pomocniczy.

Dotychczasowa psychologja chorego nie godzi się na całkowitą abstynencję od leków. Środki wymienione są tanie, łatwo dostępne, a wiadomem nam jest, że cytowana niemiecka firma ma niezmiernie szeroki zbyt w naszym kraju. W skład ich proszków przeciwgruźliczych wchodzą: skrzyp, rdest, koci pysk, z nich według naszych wyników zasługuje na wyróżnienie tylko skrzyp.

Na końcu wyrażamy przypuszczenie, że następne próby mogłyby dać lepsze wyniki, gdyż obecnie moglibyśmy bardziej szczęśliwie dobierać do poszczególnych ziół przypadki. Z drugiej strony gruźlica jako choroba przewlekła wymaga długotrwałego leczenia, co się daje z trudnością przeprowadzić w szpitalu. Ostatni moment obciążający — jest to niezmiernie ciężki, prawie beznadziejny, materjał szpitalny.

Piśmiennictwa szerzej w stosunku do naszego zadania uwzględnić nie mogliśmy, ze względu na brak w piśmiennictwie tego rodzaju badań.

[1]) Cytowane według Chemistry of Tuberculosis, — Long, L. de Witt, Wells, Baltimore 1923.

HÉMOPLASE
Lumière

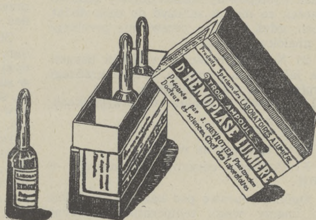
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ,

Dzięki specjalnej metodzie przygotowania, HEMOPLASE zawiera w stanie niezmienionym, biologicznie czynnym: **oxyhemoglobinę, lipoidy związki fosforo we, zaczyny krwinek, surowicę krwi.**

Działanie HEMOPLASE polega jednak nietylko na **ilościowym** wzbogacaniu ustroju składnikami leku, lecz **na pobudzaniu szpiku kostnego do tworzenia ciałek czerwonych.**

WSKAZANIA:

GRUŹLICA,
ANEMJA,
BLEDNICA,
REKONWALESCENCJA,
CHARŁACTWO,
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH



Postaci:

HÉMOPLASE AMPOULES à 10 cc. i á 5 cc.; Niezawodny, nawet w orzypadkach **najuporczywszych.**
(Domięśniowo)

DAWKOWANIE: **Dorośli**: 2 lub 3 wstrzyknięcia po cc.; tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat — 2 razy tygodniowo po 2 cc.; od 8 — 13 lat — 2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc.

HÉMOPLASE DRAGÉS.

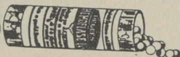
DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÈMOPLASE GRANULE. postać ziarnista (z cukrem i wanilją)
SPECJALNIE DLA DZIECI)

DAWKOWANIE:

Dzieci od 2 — 6 lat: 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat: 3 — 4 łyż. dziennie podczas jedzenia.





Skład główny L. *NASIEROWKSI* *Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 924-39, 930-42*

Próby i literatura na żądanie WPP. lekarzy.

I Oddział Chirurgiczny I Szpitala Okręgowego im. Marszałka Józefa Piłsudskiego.
Kierownik oddziału Docent Dr. A. Wojciechowski.

PODAŁ

DR. M. LEOSZKO.

Kilka słów o diatermji i jej wskazaniach w chirurgji.

Diatermja jest to zabieg polegający na wytwarzaniu ciepła wewnątrz naszych tkanek pod wpływem doprowadzanego przy pomocy elektrod szybkozmiennego prądu elektrycznego o wysokiej częstotliwości (od 10 do 20 tysięcy iskier na sekundę), o wysokiem napięciu (od 1.500 do 2.000 volt).

Tkanki nasze wprowadzone w obwód takiego prądu odgrywają rolę oporu i jak każdy opór w obwodzie prądu nagrzewają się pod wpływem wytwarzanego ciepła (ciepło Joule'a) bez żadnych objawów podrażnienia.

W diatermji mamy do czynienia nie z pośrednim przegrzewaniem tkanek za pomocą gotowego ciepła, lecz z bezpośredniem przeistaczaniem się w samych tkankach, jako oporze, energji elektrycznej w energję cieplną.

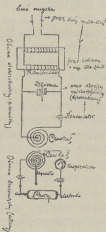
Ciepło w tkankach wytwarza każdy prąd elektryczny przepływający przez nie. W praktyce używamy tylko prądów szybkozmiennych o wysokiem napięciu a to z powodu, że:

1) prądy stałe o niskim napięciu i natężeniu wywołują w ustroju różne objawy nieprzyjemne a nawet szkodliwe np.: podrażnienie nerwów czuciowych, chemiczne zmiany w tkankach i t. p.;

2) ilość ciepła powstającego przy użyciu tych prądów jest tak znikomo mała, że nie może wchodzić w rachubę, jako czynnik leczniczy. Prądy szybkozmienne o wysokim napięciu drażniącego i chemicznego działania prawie zupełnie nie mają, a odwrotnie wytwarzają w naszych tkankach wielkie ilości ciepła, które wykorzystujemy w celach leczniczych. Wysokie napięcie tego prądu wskutek swej szybkiej zmienności staje się dla ustroju nieszkodliwe.

Historja diatermji jest związana w fizyce z historją prądów wysoko-częstotliwych. Wykrył je inżynier *Nikola Tesla* w 1890 r., w 1892 r. fizjolog francuski *d'Arsonval* pierwszy polecił zastosować je w lecznictwie a w 1898 r. *Zeynek* na podstawie swoich doświadczeń z prądami wysokoczęstotliwemi wyraźnie i stanowczo wypowiedział się za stosowaniem tego ciepła w lecznictwie, w 1905 r. po raz pierwszy podał on dobre wyniki stosowania tego rodzaju ciepła w leczeniu zapalenia stawu napięstkowego na tle gonokokowem. Od tego czasu datują się wszelkie ulepszenia i udoskonalenia w stosowaniu tej metody leczniczej.

Schemat doprowadzenia prądu wysokoczęstotliwego z przyrządu diatermicznego do naszego ciała przedstawia się następująco (rys. 1).



Rys. 1. Schemat przebiegu prądu djatermicznego.

W przyrządzie diatermicznym mamy dwa obwody prądu elektrycznego: obwód pierwotny elektrobodźczy i obwód wtórny terapeutyczny.

Z sieci elektrycznej miejskiej doprowadzamy prąd o napięciu 110 — 220 V. do transformatora, który przy pomocy układu cewkowego wytwarza prąd indukcyjny o napięciu 1500 — 2000 V. niskoczęstotliwy. Przy pomocy specjalnie urządzonego

iskiernika i kondensatora prąd nizkoczęstotliwy przetwarza się w prąd drgający, w prąd wysokoczęstotliwy. Prąd wysokoczęstotliwy I-go obwodu przy pomocy samoindukcji powstaje również w drugim obwodzie, skąd doprowadzany jest do chorego. W obwodzie II leczniczym mamy włączony amperomierz oraz przyrządy regulujące natężenie prądu.

Jedną z najbardziej ciekawych cech prądu diatermicznego jest brak jego działania drażniącego na nerwy czuciowe i ruchowe, co objaśnia się tylko wysoką częstotliwością tego prądu.

Jakie procesy elektryczne powstające w komórkach powodują brak tego drażniącego działania prądu na nerwy, tego jeszcze nikt nie dowiódł, są tylko hypotezy.

Według teorji *Nernsta* prąd stały rozszczepia w roztworach cząstki chemiczne na jony, które wędrują do bieguna dodatniego względnie ujemnego.

Wędrówka tych jonów odbywa się w różnych roztworach z różną szybkością. Wskutek tej różnicy szybkości przesuwania się jonów wytwarzają się na pograniczu dwóch roztworów znaczne różnice nasycenia roztworu. Ponieważ tkanki ludzkie posiadają dwa płynne środowiska: plazmę komórkową i ciecz międzykomórkową, więc prąd stały na pograniczu tych cieczy ustrojowych wywołuje różnicę nasycenia. Te różnice nasycenia roztworów oraz różna szybkość jonizacji roztworów są źródłem fizjologicznego podrażnienia nerwów i mięśni przy prądzie stałym.

Prąd szybkozmienny roztworów nie jonizuje gdyż zawrotna szybkość zmian kierunku tego prądu sprawia to, że zmiany wywołane w cząstce jedną półfalą zobojętniają się przeciwnym działaniem następnej półfali, czyli ostatecznie cząsteczki zostają w roztworze niezmienione, zagęszczenie cieczy ustrojowych nie ulega zmianie, a zatem fizjologicznego podrażnienia mięśni i nerwów nie mamy.

Miejscowe działanie diatermji polega na: 1) ogrzewaniu tkanek, 2) wywołaniu przekrwienia, 3) uśmierzaniu bólu, 4) potęgowaniu zdolności wchłaniania oraz 5) na działaniu bakterjobójczem.

Nagrzewanie tkanek zależy oprócz siły prądu i wielkości elektrod jeszcze od dwóch bardzo ważnych czynników: od oporu tkanek i stopnia unaczynienia.

Ciało ludzkie nie jest przewodnikiem jednorodnym lecz składa się z rozmaitego rodzaju tkanek o rozmaitym oporze elektrycznym. Więc i nagrzewanie ciała nie jest równomierne. Biorąc opór ½% roztworu soli kuchennej przy 18° C. za 1, opór właściwy dla różnych tkanek ludzkich według badań *Wildermutha* wynosi:

tkanki tłuszczowej	19,3
mózgu	5,5
płuca	3,5
wątroby	2,8—3
skóry	2,5—3
mięśni	1,2—1,5

Nagrzewanie tkanek zależne jest również od sposobu ułożenia elektrod na naszym ciele. Doświadczenie poucza, iż przy umieszczeniu elektrod na powierzchniach sobie przeciwległych (diatermia poprzeczna) najwięcej nagrzewa się skóra, następnie kości, potem tkanka tłuszczowa, tkanka nerwowa i wreszcie mięśnie. Przy przegrzewaniu podłużnem, kiedy elektrody umieszczone są na tej samej powierzchni, a tylko oddalone są od siebie, stosunki są odwrotne: najwięcej nagrzewają się mięśnie najmniej skóra. Doświadczenia *Grunspau* i *Levère'a* wykazały, że skóra znosi nagrzewanie do 40,5° C. powyżej tej temperatury występują nieprzyjemne objawy parzenia. Śluzówka cewki według doświadczeń *Santos'a* znosi temperaturę 45° C. w ciągu godziny. Dane co do temperatury w leczniczem zastosowaniu diatermji przedstawiają się nieco inaczej, bowiem przegrzewanie zależne jest również od przebiegu naczyń oraz od ustawienia kończyn przy ich nagrzewaniu.

Przy przegrzewaniu kończyn diatermją w kierunku podłużnym po stronie zgięcia kończyn występuje zawsze silniejsze nagrzanie, a to dlatego, że po stronie zgięcia przebiegają duże naczynia, które wskutek swego wysokiego przewodnictwa pochłaniają dużą część prądu. Jeżeli kończyna w stawie jest zgięta to różnica temperatur po stronie zgięcia i po stronie wyprostowania jest jeszcze większa.

Z pomiarów *Bordier'go* wynika, że jeżeli puścimy prąd o natężeniu 5.000 M. A. od jednej ręki do drugiej, to po 10 minutach przy wyprostowanym przedramieniu okaże się podniesienie temperatury:

na przedniej stronie łokcia o 3,6° C
na tylnej „ „ o 2,7° C
Różnica temperatur będzie 0,9° C

Jeżeli doświadczenie powtórzyć w tych samych warunkach z tą jednak różnicą, że staw łokciowy będzie zgięty, to różnica temperatur będzie większa:

na przedniej stronie łokcia ciepłota podniesie się o	5° C
na tylnej o	1,9° C
różnica wyniesie	3,1° C

Naczynia krwionośne przy nagrzewaniu diatermją nie tylko pochłaniają dużą ilość prądu, wytwarzającego ciepło, ale przyczyniają się do rozniesienia tego ciepła po całym ciele, przeszkadzając tym samym jego miejscowemu nagromadzeniu się. Narząd lub tkanka tem lepiej znosi prąd im obficiej jest unaczyniona. Tkanka tłuszczowa uboga w krew bardzo łatwo się rozgrzewa, i ludzie otyli nawet przy niezbyt wielkiej sile prądu narzekają na nieprzyjemne uczucie parzenia i źle znoszą diatermję.

Przegrzewanie diatermją wywołuje wyraźne przekrwienie tkanek i narządów, wywołując jednocześnie wzmożony ruch chłonki, przyśpieszając jej wytwarzanie i wydalanie. Przekrwienie więc pociąga za sobą nagromadzenie się chłonki, co ma bezwątpienia duże znaczenie dla wyjaśnienia działania diatermji na bakterje, na procesy wchłaniania, na całą miejscową i ogólną przemianę materji.

Działania bakterjobójczego bezpośredniego diatermja nie ma. Diatermja obniża żywotność drobnoustroi, hamuje ich rozwój, osłabia ich, wywołane zaś działaniem ciepła przekrwienie i nasycenie chłonką tkanek niewątpliwie mają wpływ bakterjobójczy.

Niemal że swoiste działanie diatermja ma w uspokajaniu bólu. Czasem już podczas zabiegu ból staje się lżejszy lub znika zwłaszcza w silnych nerwobólach, niedających się opanować żadnym innym środkiem, czasem po kilkurazowym zastosowaniu diatermji przy bardzo małym natężeniu prądu ból zupełnie ustępuje.

Działanie kojące na ból *Kowarschik* objaśnia nie tylko działaniem bezpośrednim na zakończenia nerwowe, lecz również nieznanym działaniem czynnika elektrycznego wysokoczęstotliwych drgań elektrycznych na nerwy lub ich zakończenia. Tak samo uśmierzająco diatermja działa na stan podrażnienia nerwów ruchowych i ma ogromne zastosowanie w przypadkach hypertonji układu mięśniowego, w kurczach tonicznych i klonicznych, przynosząc choremu wielką ulgę.

Działanie diatermji na ciśnienie krwi jest różne. Jedni spostrzegali podniesienie ciśnienia, inni zaś spadek. *Kowarschik* obserwował oba te zjawiska. Większość badaczy przemawia za krótkotrwałym spadkiem ciśnienia przy ogólnej diatermji, a według *Gunzbourga* wpływ diatermji na ciśnienie jest regulujący, zależnie od stanu chorobowego pacjenta: w przypadkach nadmiernego ciśnienia następuje spadek, w przypadkach hypotensji — podniesienie ciśnienia.

Przy stosowaniu diatermji trzeba przedewszystkiem pamiętać o wszystkich jej przeciwskazaniach. Należy baczną uwagę zwrócić na ogólny stan chorego, dokładnie zbadać chorego, aby nie zastosować diatermji w tych przypadkach w których łatwo może zaszkodzić choremu. Przed zastosowaniem diatermji należy zawsze zbadać stan nerwów czuciowych w szczególności na ciepło i zimno, gdyż przeoczenie tych zaburzeń może spowodować poważne i trudno gojące się oparzenia.

Ponieważ diatermja powoduje przekrwienie tkanek przeciwskazana jest we wszelkich krwotokach, krwawieniach lub przy skłonności do takowych. Pozatem diatermja jest przeciwskazana we wszelkich ostrych sprawach zapalnych, zwłaszcza jeżeli one mają skłonność do ropienia, jeżeli przebiegają z ciepłotą podniesioną. Tu należy wymienić: ostre bolesne schorzenia stawów, ostre zapalenia narządów wewnętrznych, jak zapalenie opłucnej, zapalenie wyrostka robaczkowego, ostre zapalenie przymacicza i przydatków, zrosty opłucnowe i otrzewnowe przebiegające ze stanami gorączkowemi. Bezwzględnie diatermja jest przeciwskazana w każdej postaci gruźlicy przebiegającej ze stanami podgorączkowemi. Doświadczenie poucza, że stosowanie w tych przypadkach diatermji wywołuje wzmożenie bólów, nasilenie objawów zapalenia, podniesienie gorączki i grozi niebezpieczeństwem uogólnienia miejscowego zakażenia.

Diatermja jest przeciwskazana również u osób przeczulonych, skłonnych do reakcji histerycznych, gdyż zwykle po zabiegu źle się czują, a podczas zabiegu niespokojnym swoim zachowaniem się mogą łatwo wywołać oparzenie.

Jeżeli chodzi o wskazania stosowania

diatermji w chirurgji, to przedewszystkiem ma ona ogromne zastosowanie w chirurgji narządów ruchu. Uszkodzenia mięśni, wszelkie zmiażdżenia, rozdarcia mięśni stanowią bardzo wdzięczne pole do leczenia diatermją.

Ma ona w tych przypadkach dobroczynny wpływ na bóle, obniża hypertoniczny stan podrażnionych mięśni, a w związku z tem dolegliwości chorego szybko znikają, ruchomość członków szybko powraca do normy.

We wszelkich bólach mięśniowych (myalgiach) opornych na wszelkie usiłowania lecznicze diatermja bardzo często powoduje zniknięcie tych bólów już po kilku zabiegach diatermicznych.

W schorzeniach pochewek ścięgnistych i kaletek maziowych w okresie przewlekłym i podostrym, trudno poddających się wyleczeniu, diatermja prawie zawsze ma skutek dobroczynny zwłaszcza przy kombinacji diatermji z masażem.

Kowarschik podaje bardzo dobre wyniki stosowania diatermji w przypadkach przewlekłego zapalenia pochewek ścięgnistych u pianistek, u których udało mu się wyleczyć diatermją oddawna trwającą sprawę chorobową, przy czem zawsze stosował masaż bezpośrednio po przegrzewaniu diatermją.

Następowe leczenie diatermją po złamaniach kości i zwichnięciach stawów jest zawsze wskazane zwłaszcza łącznie z masażem. Zwłaszcza złamania w zaniedbanych przypadkach nadają się do leczenia diatermją, która według niektórych autorów *(Bucky, Folkman)* ma dobroczynny wpływ na wytwarzanie się kostniny *Laqueur* zachwala kojący wpływ ciepła diatermji przy leczeniu starego złamania szyjki biodrowej.

W uszkodzeniach stawów, jak stłuczenie, zwichnięcie, połączone z wysiękiem lub krwiakiem wewnątrz lub okołostawowym diatermja działa kojąco oraz sprzyja szybkiemu wessaniu wysięku. W tych przypadkach leczenie należy rozpoczynać możliwie wcześnie i łączyć diatermję z masażem i gimnastyką.

W sprawach zapalnych stawów diatermja daje dobre wyniki, ale tylko w okresie przewlekłym, kiedy wszystkie ostre objawy minęły. Tu należy wymienić przewlekły gościec stawowy, postępujące przewlekłe zapalenie stawów zniekształcające, zapalenie stawów wiewiórowe, zapalenie stawów dnawe.

Nadzwyczaj pomyślnie działa przegrzewanie diatermją w wiewiórowej achillodynji (ból w miejscu przyczepu ścięgna piętowego) i tarsalgji.

Diatermja ma bardzo ważne wskazanie w leczeniu przykurczeń stawów po wszelkich zapaleniach, uszkodzeniach stawów lub po długotrwałym unieruchomiającym opatrunku stawu z powodu złamania. W tych wypadkach przegrzewanie łącznie z mięsieniem oraz biernymi i czynnymi ruchami wzajemnie się wspierają, i prowadzą do uruchomienia stawu. *Muscat* i *Stejn* stosują diatermję w utrwalonej płaskiej stopie, która według nich zależy przeważnie od skurczu mięśni nawrotnych stopy.

W bólach śródstopia oraz stawów śródstopno-palcowych powodowanych czy to gośćcem zniekształcającym kości drugiego stawu śródstopno-palcowego (Choroba Köhlera), czy to nerwobólem Mortona (bóle w 3—5 stawie śródstopno-palcowym), w tych wszystkich stanach chorobowych zaznacza się dobroczynne działanie przegrzewania diatermją.

W końcu trzeba wspomnieć w dobroczynnych skutkach, jakie diatermja wywiera na blizny skórne, zrosty pod niemi znajdujące się oraz na zrosty otrzewnowe pooperacyjne. Blizny pooperacyjne, które wytworzyły mocne zrosty z tkanką otaczającą, stają się pod wpływem przegrzewania diatermją miększemi, ruchomemi, nacieczenia w tych bliznach szybko znikają, a jednocześnie znikają i bóle. Bóle brzucha naskutek zrostów otrzewnowych po przebytych operacjach brzusznych w bardzo krótkim czasie po nagrzewaniu diatermją łagodnieją, lub znikają zupełnie, zrosty mogą ulegać zupełnemu wessaniu.

Z uszkodzeń diatermicznych należy zawsze pamiętać o oparzeniu, które jest najczęściej wynikiem błędu techniki. Poparzenia diatermiczne mogą być w postaci zaczerwienienia skóry, bąbla lub martwicy skóry. Zwłaszcza te ostatnie charakteryzują się w dalszym przebiegu niezwykłą bolesnością oraz słabą skłonnością do gojenia. Objaśnia się to tym, iż zmiany reakcyjne, dzięki którym powstaje strup z otaczającej zdrowej tkanki, są tu zupełnie nikłe lub nie istnieją wcale. Żeby uniknąć tych poparzeń należy dobrze poznać praktycznie technikę stosowania diatermji, pod

kierownictwem doświadczonego instruktora. Mogę tu tylko wyszczególnić przykazania, które podaje *Kowarschik* przy stosowaniu diatermji:

1) przekonać się należy przedewszystkiem, czy chory posiada prawidłową wrażliwość cieplną, w przeciwnym razie należy zachować możliwie większą ostrożność;

2) elektrody muszą szczelnie przylegać i być umocowane;

3) przed włączeniem prądu przekonać się należy, czy wszystkie regulatory prądu stoją na zerze;

4) włączać prąd wolno dopiero po założeniu elektrod;

5) do pożądanej siły prądu dochodzić stopniowo, bacząc uważnie na amperomierz i pytając chorego, czy nie odczuwa jakiego kłucia, parzenia lub innego działania drażniącego;

6) zwrócić uwagę chorego na niebezpieczeństwo poparzenia i wymagać od niego natychmiastowego oznajmienia o każdem nieprzyjemnem uczuciu parzenia;

7) pamiętać należy, iż dla osiągnięcia skutku leczniczego nie jest konieczne dążyć do granicy tolerancji na ciepło, przeciwnie, zbyt silne przegrzewanie może okazać się szkodliwem;

8) przed odjęciem elektrod należy wpierw wyłączyć prąd.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 2 b. r. „Wiedzy" mylnie wydrukowano nazwisko Autora wzmianki: „Rzadki objaw w cukrzycy" — Szymański — zamiast Sejneński — co niniejszem prostujemy.

ALLOCHRYSINE
Lumière

(Sól złotowa siarczanu sodowego tioglicerydu)

Działanie lecznicze złota zawartego w Allochrysine spotęgowane jest łatwo odszczepiającą się cząsteczką SIARKI in statu nascendi.

Stosowany śródmięśniowo, lub podskórnie a nie dożylnie,

wchłania się powoli i nie wywołuje gwałtownego toksycznego działania.

Wskazania:

1) **GRUŹLICA (wszelkie postaci i okresy)**

2) **TOCZEŃ RUMIENIOWATY (lupus erythematoides)**
1 zastrzyk tygodniowo.

3) **GOŚCIEC STAWOWY, PRZEWLEKŁY**
1 do 2 zastrzyków tygodniowo

W sprzedaży:

1) **ampułki à 0,05 Allochrysine**
2) **" " 0,1 "**
3) **" " 0,2 "**



№ Rej. 1412, 1413, 1414

Każde pudełko zawiera 1 ampułkę 2 cc. stężonego rozczynu ALLOCHRYSINE i 1 ampułkę 8 cc. płynu izotonicznego. Należy oba płyny nabrać do strzykawki dla przygotowania rozczynu ex tempore.

Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9, tel. 924-39, 930-42.
Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Leczenie dusznicy bolesnej wstrzykiwaniami dożylnemi dużych dawek jodu, oraz wstrzykiwaniami podskórnemi bezwodnika kwasu węglowego. (Traitement de l'angine de poitrine par les injections intraveineuses iodées intensives et par les injections sous-cutanées d'acide carbonique). G. L i a n, A. B l o n d e l et R a c i n e.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 31; 1931.

Leczenie jodem dusznicy bolesnej nie dawało dotychczas dobrych wyników. Należy sądzić, że przyczyna tego zjawiska kryje się w niewłaściwem wprowadzeniu jodu, bądź drogą doustną, bądź też śródmięśniową. Autorzy sądzą, że jod wprowadzany wyłącznie drogą śródżylną może zapewnić poprawę w przypadkach nawet ciężkiej dusznicy bolesnej. Stosowano jodek sodu w ilości 5 cm³ (0,06 czystego jodu na 1 cm³) czyli 0,3 g, jodu na dawkę. Wstrzykiwano taką ilość przeważnie 3 razy na tydzień. Ogółem stosowano zazwyczaj 15 — 20 wstrzykiwań w zależności od przypadku.

Spostrzegano 17 przypadków dusznicy bolesnej. Byli to przeważnie ludzie po 50 roku życia, w większości przypadków z nadciśnieniem tętniczem. W 15 przypadkach podejrzewano kiłę.

Wyniki tego leczenia przedstawiają się nader korzystnie, a mianowicie: w 6 przypadkach stwierdzono wybitną poprawę, w 9 poprawę średnią, w 2 zaś poprawy nie było. Przed zastosowaniem wspomnianego leczenia chorych nawiedzały bardzo częste i ciężkie napady bólów, po zastosowaniu zaś leczenia, napady występowały rzadziej i były słabsze, często znikały zupełnie na przeciąg wielu miesięcy, a nawet lat.

Podczas gdy wspomniane wyżej przypadki były leczone przeważnie wstrzykiwaniami jodu, a niektóre tylko z nich jednocześnie i wstrzykiwaniami podskórnemi bezwodnika kwasu węglowego, następne 27 przypadków leczono wyłącznie bezwodnikiem kwasu węglowego.

Podskórne wprowadzanie CO_2 w dusznicy bolesnej dotychczas stosowane nie było. Autorzy wpadli na tę myśl dzięki temu, że kąpiele CO_2 dają często dobre wyniki w dusznicy bolesnej nietylko z powodu działania miejscowego, lecz także z powodu wchłaniania się gazu przez skórę. Również Yandell Henderson osiągnął dobry wynik w 2 przypadkach dusznicy bolesnej, stosując wziewanie małych dawek CO_2.

Przystępując do leczenia CO_2 autorzy z początku wprowadzali gaz ten pod skórę psom i przekonali się o jego nieszkodliwości.

Leczenie prowadzi się w ten sposób, że wstrzykuje się codziennie pod skórę od 50—500 cm³ CO_2. Dawkę należy zwiększać stopniowo. Ogółem wykonuje się do 20 wstrzykiwań. Stosowanie CO_2, jak wykazały badania M. Bréant'a nie narusza równowagi kwasowo-zasadowej we krwi.

Wyniki tego leczenia były następujące: w 11 przypadkach stwierdzono poprawę wybitną, w 8 przypadkach żadnej poprawy nie stwierdzono. Autorzy zaznaczają, że zarówno wstrzykiwania dożylne jodu, jak i podskórne CO_2 nie zmniejszają ciśnienia tętniczego. Fakt ten pozwala sądzić, że działanie jodu i CO_2, polegające na rozszerzaniu naczyń krwionośnych, dotyczy najprawdopodobniej tylko tych naczyń, które są najbardziej zwężone, a więc naczyń wieńcowych serca.

W końcu autorzy dochodzą do wniosku, że w leczeniu dusznicy bolesnej obok „rentgenoterapji" pozostaje tylko stosowanie dożylne jodu i podskórne CO_2.

Reumatyzm ostry gruźliczy. (Rhumatisme tuberculeux primitif aigu á poussées successives). L. L a e d e r i c h, H. M a m o u, M-mes A r a g e r et L é o n a r d.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 34; 1931.

Spostrzeżeń nad reumatyzmem stawowym na tle gruźliczym z równoczesnem wykonaniem badań bakterjologicznych jest ostatniemi laty coraz więcej. Niniejsze spostrzeżenie wykazuje wiele analogji z opisanemi niedawno przez *Bezancona, Weila, Paisseau, Barbonneix* i in. chodzi tu o przypadki przypominające łudząco ostry gościec stawowy, lecz powikłane, trwającemi przez kilka miesięcy, wylewami do stawów (hydarthrose pérsistant).

Autorzy opisują chorego lat 54, który zapadał kilkakrotnie, w odstępach kilkuletnich, na typowy gościec stawowy, pojawiający się przeważnie w następstwie anginy. Stwierdzono obrzmienie stawów kolanowych, skokowych, łokciowych i t. d., wysoką ciepłotę do 40° C. Leczenie przetworami salicylowemi pozostawało zazwyczaj bez widocznego skutku.

Ostatni napad gośćca obserwowano w lutym 1931 r. o przebiegu przypominającym napady poprzednie. Wa — ujemny, zakażenia gonokokowego nigdy nie było. Zastosowany salicylan sodu doustnie w ilości 10 g., oraz dożylnie w ilości 2 g, na dobę, nie zmniejszył ani bólów, ani gorączki. Na 15 dzień ciepłota powróciła do normy, bóle ustąpiły, pozostały tylko wylewy w stawach kolanowych, które ustąpiły po upływie 2-ch miesięcy. Odczyn skórny Vernes wykazał liczbę wzmożoną, wynoszącą 117. Zdjęcie rentgenologiczne stawów kolanowych i płuc dało wynik ujemny. Przy pomocy nakłucia stawu kolanowego wydobyto płyn barwy cytrynowej, o charakterze surowiczo-włóknikowym, morfologicznie stwierdzono przeważnie leukocyty wielojądrzaste, niewiele

lymfocytów oraz komórek endoteljalnych. Bakterji mikroskopowo nie wykazano, posiew wypadł ujemnie. Dopiero szczepienie na śwince morskiej dało wynik wybitnie dodatni: charakterystyczne zmiany w gruczołach i narządach wewnętrznych, liczne laseczniki gruźlicze.

Przypadek ten wskazuje, że gościec stawowy często powtarzający się i pozostawiający wylewy stawowe powinien być wszechstronnie badany. Na szczególną uwagę zasługuje szczepienie płynu stawowego świnkom morskim. Przypadki podobne leczono skutecznie allochrysiną.

Przypadek reumatyzmu stawowego przewlekłego zniekształcającego leczonego z wynikiem dobrym hormonem przytarczycznym. (Un cas de rhumatisme chronique déformant traité avec succés par parathormone). M a x - M. L é v y.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 34; 1931.

Spostrzeżenie dotyczy kobiety 30 letniej, cierpiącej od szeregu lat na reumatyzm stawowy zniekształcający, nie pozwalający jej na wykonywanie ruchów i powodujący silne bóle. Wszelkie leczenie pozostawało dotąd bez widocznego skutku.

Stosowano w ciągu 10 dni codziennie wstrzykiwania podskórne wyciągu z gruczołów przytarczycznych. Leczenie to nie dało żadnego wyniku. W następstwie tych wstrzykiwań ilość wapna we krwi również nie uległa zmianom.

Dopiero po zastosowaniu wyciągu z gruczołów przytarczycznych (Collip — parathormone Lilly) w ilości 10 jednostek dnia 1-go, w dni zaś następne po 20 jedn., już po 4-ch dniach stwierdzono wyraźne zwiększenie się poziomu wapnia we krwi (z 8,35 na 9,70) oraz mniejszą bolesność stawów i zwiększoną ich ruchomość. Po 6 miesiącach wspomnianego leczenia stan chorej poprawił się wybitnie. Ilość wstrzykiwanego parathormonu była zazwyczaj uzależniona od stanu chorej, z chwilą poprawy stosowano dawki małe, wynoszące zaledwie 5 jednostek.

Przyczynek do rozpoznawania bacylemji gruźliczej przy pomocy hemokultury według Loewensteina. (Contribution au diagnostic de la bacillémie tuberculeuse par l'hémoculture selon la méthode de Loewenstein). I. N o n u, D. J o n e s c o et C. S t e f a n e s c o.
Presse Méd. Nr. 98; 1931.

Sprawa bacylemji gruźliczej nabrała aktualności dzięki nowej metodzie poszukiwania laseczników Kocha we krwi, opracowanej przez prof. *Loewensteina* w Wiedniu. Dotychczas, w celu wykrycia laseczników gruźliczych we krwi, posługiwano się przeważnie szczepieniem krwi świnkom morskim. Wprost ze krwi wyhodować laseczniki jest bardzo trudno, nie mówiąc już o tem jak trudno odnaleść je bezpośrednio we krwi w preparatach barwionych.

Loewenstein używa pożywki, składającej się z fosforanu monopotasowego, cytrynianu sodowego, siarczanu magnezowego, asparaginy, gliceryny, skrobji, żółtek jaj, czerwieni kongo i malachitu zielonego. Dokładny sposób przyrządzania pożywki, pobierania krwi i wykonywania posiewu znaleść można w pracach oryginalnych *Loewensteina*. (Zentralblat für Bact. 120 23.II.1930; D. Med. Woch. 24, .1930; Klin. Woch. 23.V.1931) metoda *Loewensteina* jak wykazuje statystyka zebrana do września 1930 r. daje doskonałe wyniki. Oto liczby. Gruźlica płucna: 140 przypadków, 50 dodatnich; gruźlica skórna: 92 przypadki, 9 dodat.; gruźlica nerek: 22 przyp., 13 dodat.; gruźlica stawów: 18 przyp. 9 dodat.; gruźlica oka: 4 przyp., 3 dodat.; ostry gościec stawowy: 21 przyp., wszystkie dodatnie. Laseczniki we krwi udało się znaleść przy pomocy metody *Loewensteina*, nawet u chorych nie gorączkujących.

Wobec tak zachęcających wyników, osiągniętych przez *Loewensteina*, *J. Nanu* i jego współpracownicy przeprowadzili badania metodą *Loewensteina* w 21 przyp., w których była podejrzewana gruźlica, lub reumatyzm stawowy. *J. Nanu* otrzymał wynik dodatni zaledwie w dwóch przypadkach, (pierwszy dotyczył chorego z pleuroperitonitis tbc., drugi, chorego z polyarthritis rheum.), w 19 przyp. wynik był ujemny.

Nanu dochodzi do wniosku, że przy pomocy metody *Loewensteina* można wykazać laseczniki gruźlicze nietylko we krwi, ale także we wszelkich wydalinach i wydzielinach ustroju. Dzięki metodzie *Loewensteina* laseczniki gruźlicze dają się wykryć w tych przypadkach, w których inne metody ich wykrywania zawodzą.

Skuteczność preparatu złota i osmium (orosmiol) w gruźlicy. Kilka spostrzeżeń dotyczących gruźlicy stawowo-kostnej i gruczołowej. (Efficacité du sapoïde d'or et d'osmium (orosmiol) sur l'évolution des lésions tuberculeuses. Quelques observations de tuberculoses ostéo - articulaires et ganglionaires). M a u r i c e R e n a u d.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 31; 1931.

Autor przytacza krótkie historje chorób 8 przypadków gruźlicy, przeważnie kostnej, leczonej przy pomocy orosmiolu, który wstrzykiwano zazwyczaj 3 razy na tydzień, bądź dożylnie, bądź śródmięśniowo. Serja obejmuje 18 wstrzykiwań. W zależności od przypadku leczenie składa się z 2 lub 3 serji.

Wyniki osiągnięte przez autora są wyjątkowo dobre i zachęcają do stosowania wspomnianego preparatu.

Przypadek niedrożności tętnicy głównej brzusznej. (Sur un cas d'oblitération de l'aorte abdominale). J. R o u i l l a r d et A. L o u v e t.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 31; 1931.

Niedrożność części brzusznej tętnicy głównej nie należy do wyjątku w ostatnich bowiem latach ogłoszono 50 podobnych przypadków.

Przypadek, o którym mowa, dotyczy 79 letniej kobiety, która przybyła do szpitala z powodu bólów w okolicy wątroby, wymiotów i zamroczenia. Po 6-o tygodniowym pobycie w szpitalu po przebytej grypie z ciepłotą 38° C. zbladła i stała się zimna jej prawa kończyna dolna. Tętno na tętnicy biodrowej oraz innych tętnicach na kończynie dolnej prawej były niewyczuwalne. Oscilometr Pachona na całej kończynie dolnej prawej wahań nie wykazuje. Na stronie zewnętrznej goleni prawej pojawiają się fioletowe plamy. Na kończynie dolnej lewej, żadnych odchyleń od normy.

Chora jest zamroczona, na pytania jednak odpowiada, ciepłota ciała 37,5° C.

Po upływie 2-ch dni wygląd prawego podudzia nie zmienił się, natomiast prawe udo przybrało wygląd normalny, przy dotyku jest ciepłe. Nieco powyżej kolana zaznacza się linja demarkacyjna, oddzielająca górną część kończyny o wyglądzie zdrowym, od dolnej jej części o wyglądzie martwicowym. Tętno ciągle niewyczuwalne na całej kończynie dolnej prawej. Po upływie następnych 2-ch dni chora staje się zupełnie nieprzytomna, oddech typu Chaynes-Stokes'a, podudzie zupełnie sine, palce na prawej nodze przybierają wygląd czarny, udo natomiast na tejże kończynie ma wygląd zupełnie prawidłowy. Kończyna lewa bez zmian. Chora zmarła. Sekcja wykazała: bardzo rozległe zmiany ateromatyczne w części brzusznej tętnicy głównej, obok nieznacznych zmian w jej części piersiowej. Skrzep długości 12 cm., średnicy 3 cm., przyczepiony w kilku miejscach do ateromatycznie zmienionej ściany tętnicy głównej, rozgałęzieniami swemi sięga do obu „iliaca com.", które są również niedrożne.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na całkowitą niedrożność części dolnej tętnicy głównej, która doprowadziła do martwicy zaledwie prawego podudzia, gdyż zarówno w kończynie lewej, jak i w górnej części kończyny prawej zdołało się rozwinąć krążenie uboczne.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Leczenie pląsawicy wstrzykiwaniami dożylnemi salicylu. (Le traitement salicylé intraveineux des chorées aiguës). Lucien Cornil. *„Pédiatrie", 1931. N. 11.*

Od r. 1924 autor stosuje w leczeniu pląsawicy wstrzykiwania dożylne salicylanu sodu, czasami w połączeniu z podawaniem salicylu doustnie.

Dobre wyniki otrzymane przez autora skłaniają go do omówienia tej szybko działającej i nie ryzykownej metody, przy zachowaniu zwykłych ostrożności leczenia salicylowego i obserwacji czynności nerek i podawania jednocześnie dwuwęglanu sodu.

Na 21 przypadków tylko 3 były względnie oporne na leczenie; w tych przypadkach stosowano łączne leczenie salicylem i arsenem. Pozostaje 18 przypadków pląsawicy u osobników w wieku od 8 — 16 lat, w których leczenie to dało autorowi doskonałe wyniki. W 6 przypadkach istniały jednocześnie powikłania zapaleniem wsierdzia. W tych przypadkach leczenie salicylem wywarło także pomyślny wpływ na zmiany sercowe.

Dawki stosował autor następujące: od 0.2 — 0.5. salicylanu sodu, pro die, dożylnie, w rozczynie 2 cm. (Clin). Polepszenie występowało nagół po 7 — 10 wstrzykiwaniu. Niedogodnością tego leczenia jest, że u dzieci nie zawsze łatwo można wykonać wlewanie dożylne. W tych wypadkach autor podawał duże dawki salicytlu per os: 6 — 8 grm. pro die. Prócz tego jednocześnie chorzy dostawali duże dawki dwuwęglanu sodu w wodzie mineralnej. Nie obserwowano żadnych objawów nietolerancji salicylowej: bólów głowy, białkomoczu, wykwitów skórnych i t. p.

Postacie poronne i utajone awitaminoz u niemowląt. (Les formes frustes et latentes des avitaminoses chez le nourisson). Paul Bertoye. *Congrès des Pédiâtres de langue franç. Strasbourg, 1931.*

Utajony okres awitaminoz u niemowląt przejawia się klinicznie jedynie zaburzeniami w odżywianiu i rozwoju, bez znanych cech patognomonicznych awitaminozy. Przez brak witamin, czas dłuższy przygotowuje się podłoże chorobowe. W postaciach nieco dalej posuniętych, t. zw. poronnej awitaminozy, objawy typowe mogą się już zaznaczać, lecz są jeszcze mało uchwytne, pojedyńcze lub zamaskowane objawami dodatkowemi (zakażenia).

Dla wystąpienia awitaminozy całkowitej i typowej, niezbędne są pewne warunki przygotowawcze i dodatkowe. Częściowo są one w związku ze stopniem braku samej witaminy, częściowo zależą od konstytucji niemowlęcia i innych warunków ustrojowych. Wiek dziecka, stan jego odżywienia, współistniejące zakażenia i zatrucia stanowią szereg czynników dodatkowych, decydujących o wystąpieniu awitaminozy. Im dziecko jest młodsze (za wyjątkiem pierwszych tygodni życia), tym bardziej jest wrażliwe na głód witaminowy.

I. Awitaminoza C.

Przypadki szkorbutu dziecięcego występujące w postaciach poronnych i utajonych są częste i zjawiają się szczególnie w końcu I-go i w drugiem półroczu życia dziecka. W postaciach poronnych tej awitaminozy zaznaczają się już zwykle objawy typowe: niedokrewność i wybroczyny skórne, na śluzówkach lub w nerkach (erythrocyturia). Niedokrewność wyrażająca się obniżeniem wskaźnika haemoglobiny i liczby ciałek czerwonych jest objawem stałym już wczesnych okresów tej awitaminozy. Zdarzają się także obrzęki, Skóra traci gładkość, staje się chropawą, szczególnie na przedramionach i podudziach (hyperkeratosis).

Zaburzenia jelitowe są częste: biegunki, nawet z domieszką krwi w stolcach, nie poddające się zwykłemu leczeniu. Prócz tego zwraca uwagę: brak łaknienia, bladość, złe usposobienie, zahamowanie przyrostu wagowego.

Zmniejszenie odporności dziecka na drobne banalne zakażenia jest silnie zaznaczone i charakterystyczne dla tej awitaminozy. Gorączka wywołana temi zakażeniami może długo utrzymywać się i czasami stanowi jedyny objaw utajonego szkorbutu u niemowlęcia.

Rozpoznawczo posiadają znaczenie przedewszystkiem wywiady wskazujące na sposób odżywiania dziecka. Najszybciej sprowadzają awitaminozę C: mleko sterylizowane, homogenizowane i skoncentrowane.

Próba leczenia tej awitaminozy stanowi jednocześnie doskonały środek rozpoznawczy. Leczniczo, najlepszemi są następujące surowe soki: cytrynowy, pomarańczowy, pomidorowy i malinowy. Zapobiegawczo wystarczają niewielkie dawki tych soków (1 — 2 łyżeczki dziennie). Leczniczo trzeba dawać nieraz duże ilości soków, według autora nawet do 200 — 500 grm. soku surowego pro die.

II. Awitaminoza A.

Źródłem pokarmowem witaminozy A jest przedewszystkiem świeże masło, dalej tłuszcze rybie i

szczególnie tran, wreszcie żółtko jaja, szpinak i marchew.

Objawem patognomonicznym typowej awitaminozy A jest keratomalacia. Objawy postaci poronnych i utajonych cechują się także zaburzeniami jelitowemi (stolce zielone i śluzowe) i niedokrewnością. Zahamowanie wzrostu i przybierania na wadze może doprowadzić dziecko do wyniszczenia, z towarzyszącemi obrzękami lub bez; zjawia się usposobienie do zapaleń i zakażeń spojówki. Przy odżywianiu pokarmem naturalnym awitaminoza ta nie występuje. Przy odżywianiu sztucznem może występować po wyłącznem i dłuższem stosowaniu mleka odtłuszczonego, maślanki, mleka sterylizowanego i mączek dziecięcych. Leczenie polega na podawaniu tranu, masła i wątróbki.

III. Awitaminoza B.

Istnieje kilka rodzajów rozpuszczalnej w wodzie witaminy B. W patologji dziecięcej szczególnie są ważne dwie witaminy B:

witamina anti-Beri-Beri i t. zw. witamina wzrostu, — znajdujące się w łuskach ziaren zbożowych i kasz, w drożdżach, w wyciągach słodowych.

Początkowe objawy Beri - Beri u niemowlęcia żywionego piersią matki, której djeta nie zawiera w ilości dostatecznej witaminy B, zjawiają się już w 2-m miesiącu życia w postaci: utraty łaknienia, wymiotów i zaparcia. Wyniszczenie postępuje szybko; później zjawiają się zaburzenia sercowo - naczyniowe i na ostatku porażenia (n. recurrens). Według Ribadeau - Dumas, zespół objawów postaci poronnych i utajonych awitaminozy B u niemowląt wyraża się: zahamowaniem przyrostu wagi, brakiem łaknienia, zaparciem, bezsennością, niepokojem i wzmożonem napięciem mięśni kończyn.

Mączki dziecięce nie zawierają witaminy B; mleko w ilości niewystarczającej. Odżywianie niemowlęcia naogół więc nie obfituje w czynniki B. Leczniczo stosuje się: wyciągi słodowe i drożdże.

Streszczając, można powiedzieć: awitaminozy wyraźne u niemowląt są wprawdzie rzadkością; lecz awitaminozy częściowe, utajone są częste. Należy pamiętać o zespołach objawowych tych poronnych postaci. Odpowiednie leczenie potwierdza przypuszczenie rozpoznawcze. Niemowlęta potrzebują dla swego rozwoju dużo witamin. Nie należy wahać się wcześnie podawać niemowlętom żywionym sztucznie — soki owocowe, jarzyny i tran. W djetetyce niemowlęcej należy wogóle dążyć do większej różnorodności pokarmowej.

Nowotwory mózgowe u dzieci. (Les tumeurs cérébrales chez l'enfant). G. Heuyer et G. Vogt. *Septième congrès des pèdiatres de langue française. Strasbourg 1931.*

Nowotwory u dzieci najczęściej umiejscawiają się w mózgu, aczkolwiek są naogół rzadsze niż u dorosłych. Są one wyjątkowe u niemowląt; poczynając od trzeciego roku życia zdarzają się coraz częściej. Wybiórcze umiejscowienie ich stanowi móżdżek (cerebellum).

Dłuższy czas sądzono, że guzy mózgu u dzieci są przeważne natury gruźliczej; rzeczywiście są one czterokrotnie częstsze niż u dorosłych; jednak glejaki stanowią przeszło 50% wszystkich guzów mózgowych u dzieci, są więc nowotworami najczęstszemi.

Objawy kliniczne guzów dziecięcych różnią się od takowych u dorosłych przewagą objawów ogólnych wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego nad objawami wskazującemi na umiejscowienie. Te ostatnie są bardzo nieznaczne lub wcale nie występują. Istnieją guzy nie dające wogóle żadnych objawów mózgowych.

Początek może być nagły jak zespół objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, czasami jako nagła ślepota lub objawy ruchowe. Jako prawidło, początek jest powolny, podstępny, stopniowo nasilający się. Występują zmiany charakteru polegające na nadmiernej drażliwości, nagłych zmianach usposobienia, obniżenie uwagi, pavor nocturnus. Może wystąpić nadmierna potrzeba snu (hypersomnia).

Pierwszemi objawami mogą być objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Są to: bóle głowy umiejscowione, o typie migreny, którym mogą towarzyszyć bóle na obwodzie lub w narządach wewnętrznych i wymioty. Drgawki zdarzają się w połowie przypadków, naogół o typie ogólnym padaczkowatym. Drgawki umiejscowione o typie padaczki Jackson'a nie wskazują wcale na guz w okolicy gyrus Rolandi. Bywają zawroty głowy i objawy móżdżkowe zaburzeń równowagi.

Bardzo ważne są objawy oczne: porażenia nerwów czaszkowych, szczególnie szóstej pary, tarcza zastoinowa, nagła utrata wzroku, bardzo charakterystyczne dla dzieci.

Guzy dłuższy czas mogą być wyłącznie monosymptomatyczne. Najczęściej przebiegają jako napady wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, występujące w odstępach regularnych.

W drugim okresie zjawiają się objawy stałego wodogłowia, napady wzmożonego ciśnienia stają się rzadsze, objawy ze strony narządu wzrokowego nasilają się. Ślepota i wodogłowie mogą stanowić jedyne objawy guza czaszkowego.

Dalej występują: zwolnienie tętna i oddechu, obustronne rozszerzenie źrenic, przy zachowanych odruchach źrenicowych. Inteligencja jest zachowana. Tarcza zastoinowa z następczym zanikiem nerwu wzrokowego bywa zwykle, za wyjątkiem guzów w okolicy rdzenia przedłużonego i pons Varoli, gdy występuje rzadko. Na początku tarczy zastoinowej mogą nie towarzyszyć zaburzenia czynnościowe i wzrokowe.

Badanie rentgenologiczne wykazuje zmiany w kościach czaszki, wywołane przez wzmożone ciśnienie: zcieńczenie kości, rozstęp szwów kostnych, uwidocznienie wgłębień wywołanych uciskiem mózgu na blaszkę wewnętrzną (impressiones). Zmiany te są stałe. Wzmożenie ciśnienia w komorach może wywołać zmiany w siodełku tureckiem, których nie należy przyjmować za wskazówkę guza przysadki mózgowej.

Nakłucie lędźwiowe może być wykonane z wielką ostrożnością. Wykazuje wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego; zwiększenie ilości białka i rozszczepienie stosunku białka do komórek w płynie mózgowo-rdzeniowym nie bywa tak częste i wyraźne, jak u dorosłych.

Glejaki są guzami najczęstszemi, a z nich najbardziej łagodne, gwiazdzisto-komórkowe, (astrocyty). Medulloblastomata są to nowotwory b. zło-

śliwe, szerzące się od IV-ej komory na opony. Guzy gruźlicze (tuberculum solitare) występują jako: 1) meningo-encephalitis tbc. z licznemi guzkami w korze mózgowej lub 2) jako najczęściej pojedyńczy guzek wewnątrzmózgowy, z punktem wyjścia ze ściany naczyniowej. Rozwojowi guza często towarzyszy odczyn oponowy.

Guzy móżdżkowe umiejscowione w półkulach móżdżku wywołują prócz objawów wzmożenia ciśnienia, — zawroty głowy, torticollis, zaburzenia przy chodzeniu (chwianie się, padanie na stronę guza), drżenie przy ruchach zamierzonych, zaburzenia w mowie i piśmie.

Guzy linji środkowej (vermis, IV-ta komora), — wypuklają się do IV-ej komory, wypełniają ją, odchylają i uciskają vermis. Przez ich umiejscowienie zamykają one przewód Sylviusza i wywołują wodogłowie o przebiegu ostrem; zdarza się zejście nagłe. Prócz tego inne objawy móżdżkowe: chód powolny i chwiejny; obniżenie napięcia mięśniowego i zmniejszeniu odruchów ścięgnistych.

Ogólne rozpoznanie guza mózgu jest względnie łatwe; umiejscowienie bywa wybitnie trudne.

Wgłobienie jelitowe u niemowląt. (L'invagination intestinale aiguë des nourrissons). G. Massabuau.
La pèdiatrie pratique. Février 1932.

Wgłobienie jelitowe powstaje przez wpuklanie się pewnego odcinka jelit do następującego. Cierpienie to występuje najczęściej u niemowląt, u których daje najbardziej charakterystyczny obraz kliniczny.

Odcinek jelita wgłobionego posiada przekrój wytworzony przez dwie ściany jelitowe stykające się ze sobą błoną surowiczą. Pomiędzy niemi wciągniętą zostaje krezka. Wgłobiony odcinek jelita na przodzie swym tworzy rodzaj pierścienia (pierścień wewnętrzny, — „głowa" wgłobienia), który kieruje niejako dalszem posuwaniem się jelita wgłobionego. Odcinek jelita obejmujący jelito wgłobione i stanowiący warstwę zewnętrzną — „otoczkę" całego bloku, styka się swemi powierzchniami śluzówkowemi, a w miejscu załamywania się jelita ku wewnątrz tworzy pierścień zewnętrzny („szyja" wgłobienia).

Początek wgłobienia w 80% przypadków bywa w miejscu przejścia jelita cienkiego do coecum; odcinek wgłabiający się, wytworzony jest wtedy przez jelito cienkie (ileum) i coecum, pierścień przedni tworzy zastawka Bauhin'a, warstwę zewnętrzną tworzy jelito grube. Tylko 5% przypadków wgłobienie dotyczy wyłącznie odcinków jelita cienkiego; jeszcze rzadziej zdarza się wgłobienie odcinków jelita grubego do grubego.

Przyczyny powstawania wgłobienia są mało znane, szczególnie u niemowląt. Według przypuszczeń *Ombredanne'a* odgrywa tu rolę powstawanie antagonistycznego ruchu robaczkowego. (normalny ruch w jelicie cienkiem i odwrócony w jelicie grubem). Spotkanie tych ruchów na poziomie zastawki Bauhin'a wywołuje przenikanie jelita cienkiego do grubego i rodzaj nawarstwiania się jelita grubego na jelito cienkie. Pod wpływem gromadzenia się treści jelitowej, odcinek wgłobiony ma skłonność do przesuwania się naprzód i odbywa czasami dużą drogę, tak że valvula Bauhinii jako pierścień wewnętrzny, — przodujący może dojść aż do rectum, gdzie stwierdza się wtedy przy badaniu per rectum. Zwykle jednak przenikanie nie jest tak znaczne dzięki hamującemu wpływowi krezki. W odcinku wgłobionym uciśniętym przez pierścień zewnętrzny powstają zaburzenia w krążeniu doprowadzające do zgorzeli; w miejscu pierścienia zewnętrznego powstają szybko owrzodzenia, które prowadzą do przedziurawienia jelita i zapalenia otrzewnej. Jelito wgłobione jest wypełnione treścią wybitnie toksyczną i septyczną.

Wyjątkowo może zdarzyć się samoistne wydalenie odcinka zgorzelinowego i samowyleczenie dzięki ochraniającym zrostom otrzewny w miejscu pierścienia zewnętrznego.

Początek cierpienia jest zwykle nagły i cechuje się objawami, które zwracają uwagę matki. Dziecko dotąd spokojne zaczyna krzyczeć i wyprężać się pod wpływem nagłych bólów. Napad bólu trwa krótko, dziecko uspakaja się, lecz bóle znowu powracają coraz częściej; ustala się niepokój dziecka; dziecko odmawia przyjmowania pokarmu, występują wymioty. Po kilku godzinach, a nawet dopiero po 10—20 godzinach może wystąpić objaw patognomoniczny: zjawia się w niewielkiej ilości stolec galaretowaty zabarwiony krwisto. Wtedy stan ogólny jest już wyraźnie zachwiany; ciepłota może być nie podwyższona, ale tętno znacznie przyspiesza się, rysy twarzy są zmienione.

Jeżeli w tym czasie przeprowadza się badanie kliniczne, to stwierdza się, że brzuch jest wzdęty i napięty i wykazuje większy opór w okolicy coecum. Czasami w głębi można wyczuć rodzaj guza; jest to objaw ważny lecz niestały; nie należy liczyć i czekać na objaw guza w celu ustalenia rozpoznania wgłobienia jelitowego. W stosunku do niemowlęcia, które ma objawy niedrożności jelitowej i opisany wyżej krwisty stolec, — rozpoznanie ustala się bez wahania *).

Samoistny przebieg cierpienia najczęściej kończy się niepomyślnie. Śmierć może nastąpić wśród objawów toksycznych nawet w ciągu pierwszych 24 godzin; w większości przypadków zwykle 3—4-go dnia i później.

Do niedawna istniało wyłącznie chirurgiczne leczenie tej sprawy i wszelkie próby odprowadzenia wgłobienia naprz. za pomocą lawatyw uchodziły za bezcelowe i niebezpieczne. Obecnie sprawa jest znowu dyskutowaną i niektórzy autorowie polecają lawatywy barytowe wykonywane pod kontrolą rentgenoskopową. Lawatywę wykonywa się pod ciśnieniem umiarkowanem. Należy koniecznie rentgenoskopowo kontrolować posuwanie się barytu. Całkowite wypełnienie jelita grubego stanowi dowód wyprostowania się wgłobienia. W przeciwnym przypadku należy natychmiast operować. Przeciwko temu postępowaniu wysunięto dwa zarzuty:

1) Nieskuteczność metody w razie wgłobienia jelita cienkiego powyżej zastawki Bauhin'a.

2) Ryzyko wywołania pęknięcia jelita.

*) Autor nie podaje, że nie należy czekać na samoistny stolec krwawy, lecz wystarczy stwierdzić obecność krwi przy wykonaniu lawatywki lub przy badaniu per rectum. (dop. ref.)

Należy więc zachowywać pewną rezerwę. *Ombredanne* kładzie nacisk na konieczność zachowania pewnych warunków, a mianowicie: od chwili wystąpienia pierwszych objawów nie powinno upłynąć dłużej niż 18 godzin; lawatywę barytową należy robić jeszcze przed wystąpieniem samoistnego stolca krwawego. Jeżeli chory przybywa wcześnie, to wlewanie barytowe może także dopomódz do ustalenia rozpoznania. Po 18-tu godzinach lepiej powstrzymać się od zabiegu. Oczywiście warunkiem powodzenia jest istnienie wyłącznie wgłobienia do jelita grubego, co zresztą w większości przypadków ma miejsce. Wreszcie, i to jest najważniejsze, wlewanie powinno być robione przez chirurga obok sali operacyjnej.

Nie można odrzucić skuteczności wlewania barytowego. Zabieg wykonywany wcześnie dał dotąd według statystyki *Pouliquen'a* 90% wyników dodatnich.

Jeżeli jest zapóźno do wykonania lawatywy barytowej, lub nie dała ona wyniku pewnego, natychmiast należy wykonywać laparotomję. Według *Ombredanne'a* najlepsze cięcie jest skóśno-boczne. Nie należy w żadnym razie robić rezekcji jelita, gdyż zabieg ten u niemowlęcia zawsze jest niepomyślny.

Nie należy także zaniechać wszelkich zabiegów pomocniczo-lekarskich w obawie tak częstego u niemowląt shoku pooperacyjnego cechującego się bladością i hypertermją i sprowadzającego zwykle śmierć. Wykonywa się między innemi wstrzykiwanie dożylne hypertonicznego roztworu soli kuchennej.

Najważniejszą sprawą w tym cierpieniu jest wczesne rozpoznanie przed wystąpieniem samoistnego stolca krwawego i przed upływem 18 godzin od chwili pierwszych objawów.

Przypadek cukrzycy dziecięcej, leczony siedem lat insuliną. (Un cas de diabète infantile traité depuis sept ans par l'insuline). G. Mouriquand, Sedalliau et R. Lyounet.

Pédiatrie. Janvier 1932.

Autorzy przytaczają ciężki przypadek cukrzycy u dziecka 10 letniego, leczony przez siedem lat insuliną. W chwili rozpoczęcia obserwacji dziecko ważyło 24 klg., ilość dobowa moczu wynosiła od 9—11 litrów; wydalanie cukru 553 grm na dobę, poziom cukru we krwi 4 grm. 80, duża acetonemja. Obserwacja wykazuje, że 1) możliwem jest utrzymać przy życiu i w stanie znośnym dziecko dotknięte ciężką cukrzycą pod warunkiem stałego stosowania insuliny. Mimo to, dziecko znajduje się stale pod groźbą śpiączki, która kilkakrotnie w przeciągu tego czasu występowała.

2) Leczenie insuliną wywiera wybitny wpływ na acetonemję, polyurja jednak utrzymuje się (2.500 — 3.000 cm.^{3}) a także hyperglykemja (4 grm.) i cukromocz (120 grm. na dobę).

3) Dziecko stale wykazuje zahamowanie rozwoju fizycznego i wzrostu, który obecnie w wieku 17 lat wynosi tylko 1 m. 49 cm.

4) Niemożliwem jest obniżyć dawki insuliny, które dziecko stale otrzymuje (60 — 80 jedn. w 2-ch dawkach dziennie), a także przerwać leczenie insuliną, któremu dziecko zawdzięcza utrzymanie przy życiu.

Przypadek ten stanowi rekordowy czas utrzymania dziecka z ciężką cukrzycą przy życiu.

Dr. Wiśniewski.

CHIRURGJA.

Rozpoznawanie guzów mózgu okolicy skroniowej. (Diagnostic des tumeurs temporales). De Martel i Guillaume.

Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Guzy mózgu okolicy skroniowej objawów czysto neurologicznych mogą nie dawać prawie wcale, a ponieważ doniedawna jeszcze rozpoznawanie guzów mózgu opierano prawie wyłącznie na wynikach badania neurologicznego, więc okolicę skroniową mózgu (prawą) uważano za okolicę „niemą", a guzy tutaj umiejscowione rozpoznawano dopiero w póżnym okresie ich rozwoju, co naturalnie nie pozostawało bez wpływu na losy chorych odnośnych. Do najcenniejszych pod względem rozpoznawczym i względnie wczesnych objawów guzów okolicy skroniowej mózgu należy hemianopsia homonyma wycinkowa, górnej lub dolnej ćwiartki pola widzenia obu oczu, którą określa się zapomocą drobiazgowego przeprowadzonego badania pola widzenia perymetrem. Od ośrodków wzrokowych niższego rzędu (pulvinar, corpus geniculatus ext. corp. quadrigemina ant.) do ośrodka wyższego rzędu w zrazie potylicznym (fissura calcarina) prowadzą dwa szlaki: jeden z nich przechodzi przez przednio - dolną część zrazu skroniowego (ślepota ćwiartki górnej), drugi — przez jego część górno-tylną, (ślepota ćwiartki dolnej). We wczesnych okresach choroby nowotwór zrazu skroniowego uszkadza zwykle tylko jeden z tych szlaków, powodując odpowiednie zaburzenia ze strony wzroku (hemianopsia homonyma wycinkowa); jednakże z czasem guz przechodzi i na drugi szlak, a mając wówczas do czynienia z hemianopsia homonyma completa, nie będziemy już mogli zróżniczkować go z guzem zraza potylicznego. Badanie perymetrem nie zawsze, niestety, będzie możliwe do przeprowadzenia; dotyczy to chorych odurzonych, nieprzytomnych, mających objawy afazji i dzieci.

Poza zmianami ze strony pola widzenia, do innych wczesnych objawów guza zrazu skroniowego należą: napady drgawek ogólnych, parestezje smakowo-węchowe (podrażnienie uncus hippocampi), napady zwidywań złożonych (osoby, zwierzęta) i objawy afazji Wernickiego (guzy lewostronne); te ostatnie polegają na tem, że chory wymawia dobrze poszczególne sylaby, ale nie potrafi powiedzieć dokładnie, o co mu chodzi, źle rozumie, co się do niego mówi, i niewłaściwie wykonuje zlecenia lekarza.

Zmylić można guz zrazu skroniowego, dający objawy hemianopsia homonyma completa, z guzem zrazu potylicznego, co jednakże nie ma większego znaczenia, jeśli w czasie operacji wybrać płat skórno - kostny dostatecznie duży. Następnie, zmylić można czasami z guzem móżdżku (u chorych, u których nie można wykonać badanie oka perymetrem), np. rozległe guzy skroniowo-potyliczne;

ułatwi tutaj właściwe rozpoznanie zdjęcie rentgenowskie czaszki, po uprzedniem wpuszczeniu do komór powietrza (ventriculographia).

Wczesne rozpoznawanie nowotworów mózgu okolicy czołowej. (Le diagnostic précoce des tumeurs de la région frontale). De Martel, Guillaume i Lassery.
Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Rozpoznawanie takie jest naogół trudne, gdyż okolica odnośna, będąc położona zdala od szlaków ruchowo - czuciowych i wzrokowych i względnie późno doprowadzająca do wzmożenia ciśnienia wewnętrznego, uchodzi za „niemą" pod względem neurologicznym. Jednakże i tutaj, przy dokładnem i sumiennem zbadaniu chorego i znajomości zespołu typowych objawów (tak zwanego „zespołu czołowego"), wczesne rozpoznanie guza okolicy czołowej jest zupełnie możliwe. Guzy odnośne bywają dwu rodzajów: 1) glejaki, rozwijające się w głębi istoty mózgowej, naciekające, o wzroście szybkim, i 2) guzy opon mózgowych (meningiomata), dokładnie ograniczone, o wzroście powolnym, uciskające na istotę mózgową i elementy naczyniowo-nerwowe w otoczeniu i wywołujące pewne zmiany ze strony części kostnych:

I jedne, i drugie (glejaki—wcześniej, meningiomata — później) dają „czołowy zespół" objawów psychicznych i neurologicznych. Na objawy psychiczne składają się: zaburzenia pamięci (co do faktów dawnych i świeżych), orjentacji co do czasu i przestrzeni, zmniejszenie wrażliwości na wpływy otoczenia, pewna apatja i obojętności na fakty ze swego życia i życia bliskich, brak zainteresowania się idejami wyższego rzędu i stopniowe sprowadzenie swego bytowania do poziomu życia roślinnego. Objawy neurologiczne polegają na pewnych słabo naogół zaznaczonych zaburzeniach ze strony dróg piramidowych, a mianowicie: niedowładzie nerwu twarzowego po stronie przeciwnej względem guza i osłabieniu odruchów ścięgnowo-okostnowych i skórnych.

I. Glejaki wzrastają naogół szybko i już wciągu kilku miesięcy dają wyżej nakreślony obraz kliniczny, uzupełniony niezbyt znacznem wzmożeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Bóle głowy, wymioty i tarcza zastoinowa nerwu wzrokowego we wczesnych okresach choroby są umiarkowanego nasilenia.

II. Meningiomata wzrastają znacznie powolniej od poprzednich, a do „zespołu czołowego" przyłączają się tutaj objawy miejscowe, które umożliwiają dokładne umiejscowienie tych guzów. Meningioma suprasellare należy do grupy guzów okolicy przysadkowej, z objawami ucisku na nerwy wzrokowe (zanik tarczy nerwu), na III komorę (rozszerzenie komór bocznych) i charakterystycznemi zmianami rentgenologicznemi ze strony siodełka tureckiego (zniszczenie jego przedniej części i zagęszczenie okolicy przedsiodełkowej). Meningioma okolicy rynienki węchowej zaznacza się utratą węchu, narazie po jednej stronie, później po obu i objawy wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego występują późno.

Meningioma okolicy małego skrzydła kości klinowej daje objawy ucisku na nerw wzrokowy w foramen rotundum, na szczelinę oczodołową górną, na zatokę jamistą, powodując zanik tarczy nerwu wzrokowego, unieruchomienie gałki ocznej, jej wytrzeszcz i zgrubienie na kliszy rentgenowskiej małego skrzydła kości klinowej.

O pewnych powikłaniach po operacjach na układzie nerwowym ośrodkowym. (Sur certaines complications post-opératoires en chirurgie nerveuse). De Martel, Guillaume i Lassery.
Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Zaburzenia odnośne przebiegają typowo w sposób następujący.

U chorego, który bezpośrednio po operacji wyglądał zupełnie prawidłowo, po 3 — 4 godzinach ciepłota zaczyna się podnosić, dochodząc szybko do 40° — 41°, tętno staje się częstem, ciśnienie krwi spada, chory wpada w stan, zbliżony do śpiączki. O ile nie zostanie zastosowanie odpowiednie leczenie, gorączka może dojść do 42°, występują obfite krwawienia żołądkowo kiszkowe, wzrasta szybko stężenie mocznika we krwi (do 2 g i więcej) i w ciągu kilkunastu godzin może dojść do zejścia śmiertelnego. Na stole sekcyjnym stwierdza się obrzęk mózgu, rozszerzenie i przepełnienie płynem mózgowo - rdzeniowym komór mózgowych, przekrwienie trzew i liczne wylewy krwawe żołądka i jelit.

Mechanizm powstawania tych powikłań jest następujący: w przebiegu operacji na mózgu względnie rdzeniu występuje odruchowe podrażnienie odpowiednich ośrodków naczynioruchowych (współczulnych), mieszczących się, jeśli chodzi o mózg, w okolicy ciała prążkowanego (corpus striatum); najpierw następuje wzrost ciśnienia tętniczego, ze wzmożoną produkcją płynu mózgowo - rdzeniowego, przepełnieniem komór i uciskiem rozszerzonej III komory na ośrodki regulujące ciepłotę ciała, później zaś — spadek ciśnienia krwi, ze skurczem naczyń brzusznych (wylewy krwawe).

Z rozważań powyższych wypływają pewne wnioski praktyczne. Z chwilą wystąpienia wyżej, opisanych powikłań pooperacyjnych należy jak najszybciej odprowadzić nazewnątrz nadmiar płynu komorowego, będący następstwem wzmożonej produkcji tegoż przez sploty naczyniowe wewnątrzkomorowe. I rzeczywiście, z chwilą opróżnienia komór odnośne objawy kliniczne ustępują natychmiast.

Autorowie pracy niniejszej, w celach zapobiegawczych, po wszelkich operacjach mózgowych z reguły pozostawiają sączki w ranie, sięgające zbiorników płynu mózgowego na podstawie czaszki. W ciągu pierwszych 24 godzin płyn ten wypływa w ilościach ogromnych (500 — 600 cm³), po 2 — 3 dniach ilość płynu wypływającego znacznie się zmniejsza i sączki wówczas można już bezpiecznie usunąć.

Obraz kliniczny i leczenie bólów czynnościowych w zakresie nerwu trójdzielnego. (Les algies faciales — types cliniques et indications thérapeutiques). Thurel.
Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Bóle powyższe mogą być następstwem nerwobólu nerwu trójdzielnego, różnych schorzeń ana-

tomicznych tego nerwu (neuralgja objawowa) i odruchowych zaburzeń ze strony nerwu współczulnego.

I. Nerwoból nerwu trójdzielnego. Istotą jego jest nadwrażliwość nerwu, który reaguje bólem na najdrobniejsze i najniewinniejsze nawet podniety zewnętrzne. Cierpienie to występuje wyłącznie po 40 roku życia. Charakterystyczną cechą tego bólu jest to, że występuje on napadowo z przerwami zupełnie bezbolesnemi; napady takie występują zwykle co kilka minut i trwają po parę sekund, a ból promieniuje dośrodkowo wzdłuż nerwu i dotyczy zawsze tej samej względnie tych samych gałązek nerwowych (nadoczodołowej, podoczodołowej, bródkowej, nosowej, podniebiennej, skroniowej, językowej). Z czasem bóle powyższe dochodzą do znacznego nasilenia, obejmują i sąsiednie gałązki nerwowe i mogą im towarzyszyć wówczas wtórne zaburzenia ruchowe (drgawki, drżenie mięśniowe w zakresie twarzy), naczynioruchowe i wydzielnicze (łzawienie, ślinotok, nadmierne wydzielanie śluzu w nosie).

Jedynym objawem przedmiotowym jest ból, wywołany przez uciskanie nerwu w jednym stałym punkcie, i zbliżony zupełnie charakterem swym do bólu samoistnego, to jest szerzy się od obwodu — w kierunku dośrodkowym.

Leczenie polega na zniszczeniu danej gałązki nerwowej zapomocą wstrzyknięcia w jej otoczenie alkoholu 90%. W razie niemożności dostania się do odnośnej gałązki, wstrzykuje się alkohol bardziej dośrodkowo (fossa pterygomaxillaris, okolica foramen ovale, zwój Gassera). Napady bólowe ustępują natychmiast, ale tylko na 1½ do 2 lat, po którym to terminie nerw się odradza i napady bólowe wracają. Radykalne leczenie polega na operacyjnem przecięciu nerwu powyżej zwoju Gassera, co przez wielu chirurgów jest uważane nawet za metodę leczniczą z wyboru.

II. Neuralgje objawowe nerwu trójdzielnego. Na ich etjologję składają się: ucisk nerwu w szczelinie klinowej, w okolicy zatoki jamistej (guzy przysadki), na podstawie czaszki (nowotwory, meningitis basilaris luetica), w kącie mostowo - móżdżkowym i t. p., a pozatem grają tutaj rolę zapalenia i guzy samego nerwu (radiculitis luetica, neuritis diabetica). Bóle są o charakterze stałym, nasilającym się okresowo; dotyczą one najczęściej całego nerwu, a mogą promieniować i na sąsiednie nerwy. Bóle te nie osiągają nigdy tego nasilenia, co w nerwobólu samoistnym, a z czasem (w miarę zaniku nerwu) słabną jeszcze więcej. Bardzo wcześnie występuje obniżenie czucia (hypoesthesia) odpowiednich odcinków skóry i śluzówki (zanik odruchu rogówkowego) i niedowład mięśniowy (następowy zanik żwaczy).

Leczenie powyższych przypadków musi być wyłącznie przyczynowe. Wstrzykiwanie alkoholu i przecinanie nerwu pozostaje tutaj zupełnie bez wyniku.

III. Odruchowe bóle twrzy, pochodzenia współczulnego. Są to bóle, wywołane na drodze odruchu przez jakieś cierpienie w zakresie nerwu trójdzielnego, jako to: choroby zębów (zęba mądrości, abscessus apicalis), zapalenia zatok nosowych, szczękowych, schorzenia oczu, urazy twarzy i czaszki (czasem nawet niewielkie). Bóle te są ciągłe lub napadowe, obejmują większy odcinek ciała (poza granicą, nerwu trójdzielnego), promieniują do karku, kończyny górnej, mają charakter piekący i wyraźnie nasilają się pod wpływem wzruszenia psychicznego i niepokoju. W okresie nasilenia bólów towarzyszą odpowiednie zaburzenia naczynioruchowe i wydzielnicze (zaczerwienienie, łzawienie, ślinotok i t. p.).

Leczenie powino być skierowane wyłącznie w kierunku czynnika pierwotnego, wywołującego na drodze odruchu powyższe zaburzenia nerwu współczulnego.

IV. Bywają wreszcie bóle twarzy pochodzenia współczulnego, które przychodzą do skutku nie na drodze odruchu, a wskutek pierwotnego schorzenia nerwu współczulnego względnie odpowiednich zaburzeń psychicznych.

Jeśli chodzi o pierwotne schorzenie układu współczulnego, to wyniki lecznicze uzyskać można na drodze leczenia wewnętrznego (genatropina, środki wstrząsorodne, wyciągi gruczołowe) lub operacyj na szyjnej części nerwu współczulnego.

Związek przyczynowy gruźlicy gruczołów chłonnych na szyi z próchnicą zębów. (Les adenopathies cervicales tuberculeuses et les caries dentaires). Veyrassat.

La Presse Méd. Nr. 11, luty 1932.

Zwykłym, ogólnie przyjętym sposobem leczenia schorzałych gruźliczo gruczołów chłonnych na szyi można zrobić jeden zasadniczy zarzut, że są nastawione tylko na zewnętrzny objaw cierpienia, nie uwzględniając prawie wcale jego pierwotnej przyczyny i punktu wyjścia zakażenia. Tem się tłumaczy niepewność wyników tego leczenia, jego długotrwałość i często spotykane nawroty.

Źródłem zakażenia schorzałych gruźliczo gruczołów chłonnych na szyi bywa, jak wiadomo, prawie wyłącznie jama ustno-gardzielowa, a w szczególności zmienione próchnicowo zęby, w których niejednokrotnie udawało się, w przypadkach gruźlicy szyjnych gruczołów chłonnych, wykazać obecność prątków Kocha. Rzadziej punktem wyjścia swoistej infekcji bywają tutaj: śluzówka ust i gardła, migdałki i skóra głowy. Prątki gruźlicze, osiedliwszy się i rozwijając się w jamach próchnicowych zębów, za pośrednictwem naczyń chłonnych miazgi zębowej przechodzą do naczyń głębiej położonych, a stąd do najbliższych gruczołów chłonnych, lub odrazu do dalej położonych. Gruczoły te narazie zwalczają zakażenie skutecznie, ale z czasem, w miarę przechodzenia do nich coraz to nowych partyj prątków, ulegają w tej walce i same zkolei stają się źródłem zakażenia. Zrozumiałem jest, że leczenie w tego rodzaju przypadkach samych gruczołów do celu nie doprowadzi, gdyż gruczoły te będą stale zakażane na nowo z jam zębowych.

Dlatego też, właściwe leczenie gruźlicy gruczołów chłonnych na szyi powinno być skierowane przedewszystkiem przeciwko zmienionym próchnicowo zębom i powinno polegać albo na wyrwaniu odnośnych zębów (co jest najpewniejsze), albo — conajmniej — o ile zniszczenie zęba nie jest jeszcze zbyt rozległe i głębokie, na jego dokładnem leczeniu zachowawczem. Zaznaczyć przytem nale-

ży, że owe zęby próchnicowe z zawartemi w ich jamach prątkami Kocha mogą nie sprawiać poza tem żadnych dolegliwości i być niebolesne.

Jako ilustrację do powyższych rozważań autor przytacza historję choroby chorej lat 23, która zgłosiła się do lekarza z powodu obrzmienia niebolesnego gruczołów chłonnych na szyi w postaci pakietu nad obojczykiem lewym, o charakterze gruźliczym. W jawie ustnej znaleziono po stronie lewej żuchwy trzy zmienione próchnicowo zęby, przyczem jeden z nich był zaopatrzony w złotą koronę. Po wyrwaniu dwu z tych zębów i przeprowadzeniu dokładnego leczenia pozostałego zęba, w 15 dni obrzmienie na szyi stało się niewidoczne, a obmacywanie stwierdziło zmniejszenie się tego pakietu gruczołowego do połowy; przyczem zaznaczyć należy, że nie przeprowadzano w tym przypadku żadnego leczenia miejscowego, skierowanego specjalnie przeciwko schorzałym gruczołom.

Leczenie ran tłuczonych palców. (Ecrasements des doigts). Iselin i Berrocal Mribe. *La Presse Méd. Nr. 12, luty 1932.*

Autorowie zwracają uwagę na niewłaściwość i opłakane nieraz skutki stosowanego ogólnie w sposób schematyczny leczenia ran tłuczonych palców, które nie uwzględnia dokładnego uprzedniego zrewidowania rany, ocenienia rozległości obrażenia i wykonania jaknajszybszej toalety rany — bez względu na to, czy rana będzie po tem zaszyta, czy nie. Wyszczególnione wyżej warunki właściwego leczenia mają na celu skrócenie do minimum okresu gojenia, ograniczenie ropienia, zabezpieczenie przed miejscowemi i ogólnemi powikłaniami zakaźnemi (np. tężec) i zachowanie jaknajlepszej następowej sprawności czynnościowej palców i kończyny.

Do mogących tutaj wystąpić powikłań należą: długotrwające przetoki ropne wskutek obecności martwaków kostnych, bolesność długotrwała blizny (przy samoistnem zagojeniu się nierozpoznanego i nieleczonego jako takiego złamania paliczków), zapalenie stawów, przylegających do ogniska obrażenia, ciężkie ropowice dłoni i całej kończyny i tężec.

Leczenie powinno polegać w pierwszym rzędzie na dokładnem zrewidowaniu rany i zdaniu sobie sprawy z rozległości zmian urazowych — przy pomocy odpowiednich cięć (na bocznej zwykle powierzchni palców), wykonanych w znieczuleniu miejscowem lub uśpieniu ogólnem. Toaleta tkanek miękkich zasadza się tutaj, jak wogóle zresztą, na wycięciu wszelkich tkanek obumarłych lub skazanych na obumarcie, co dotyczy w pierwszym rzędzie skóry (dokładne obrównanie jej brzegów). Następnie, rana goi się jako otwarta — jak to bywa w większości przypadków, lub zostaje mniej lub więcej doszczętnie zaszyta — w przypadkach bardzo świeżych (do 6 godzin od wypadku), o ranie względnie gładkiej i nadmiarze skóry, który pozwala na jej zeszycie bez jakiegokolwiek napięcia. Nawet w przypadkach rozległych ran z obnażeniem ścięgien i powierzchni stawowych, jeżeli od wypadku nie upłynęło więcej, jak parę godzin, należy zeszyć powięź, torebkę stawową i skórę, o ile tylko tkanki te są zachowane w dostatecznej ilości; przy braku odpowiedniego materjału lepiej jest odrazu dokonać częściowego odjęcia palca. W razie obecności dużego krwiaka podpaznokciowego część paznokcia należy wyciąć, aby jamę krwiaka szeroko otworzyć.

W przypadkach z obrażeniem kości paliczków (co ma miejsce w 70% wszystkich przypadków) — konieczność dokonywania zdjęć rentgenowskich w każdym przypadku ran tłuczonych palców!), jeśli nastąpiło tylko odszczepienie małych kawałków — odłamki te należy usunąć i ranę goić jako otwartą, jeżeli zaś złamanie dotyczy trzonu paliczka — to należy postąpić bardziej radykalnie, nie wahając się przed usunięciem części paliczka kostnego, a nawet przed jego wyłuszczeniem w stawie, jeżeli tylko rana drąży do stawu.

M. Czyżewski.

RENTGENOLOGJA.

Leczenie zachowawcze ostrego wgłobienia jelitowego u dzieci przez zastosowanie wlewanki kontrastowej. (Sur l'examen radiologique de la désinvagination conservatrice non chirurgicale de l'invagination aigue des enfants sous le contrôle des rayons de roentgen). J. Noredtoft. *Journal de Radiologie 1930 r., T. XIV, Nr. 7, str. 369.*

A. podaje, iż wykonywał odprowadzenie wgłobienia jelita grubego stosując wlewankę kontrastową. Zabieg wykonano w 108 przypadkach w 56 wgłobień otrzymano wynik zadawalniający, u 4 wynik ujemny: z 4 operowanych 3 wyzdrowienia. 1 przypadek zakończony śmiercią. Objawy radiologiczne, na których opierano rozpoznanie wgłobienia były następujące: 1) zatrzymanie się kolumny barytowej z wytworzeniem wklęsłości, zwróconej dnem ku dołowi (concave); 2) uwydatnienie jesnej przestrzeni zwróconej wypukłością ku górze (convexe) i 3) skrócenie odpowiadającego odcinka jelita.

A. omawia klinicznie i podaje obrazy radiograficzne w 11 przypadkach.

Rentgenoterapja układu sympatycznego w pewnych schorzeniach naczyniowo - sercowych. (Le radiothérapie du sympathique dans certaines affections cardio - vasculaire). L. Delherm et H. Beau. *Journal de Radiologie 1930 r. T. XIV, Nr. 7, str. 391.*

A. A. przeprowadzali badania nad wynikami rentgenoterapji w schorzeniu Raynaud, w arteritis obliterans, w dusznicy sercowej i zaburzeniach rytmu serca o charakterze naczyniowym, związanym z nadciśnienim tętniczem. Przy schorzeniu Raynaud, arteritis obliterans i zaburzeniach naczyniowych AA. stosowali następującą technikę.

1. W zaburzeniach ograniczonych do kończyny górnej, naświetlano okolicę szyjno-grzbietowa do D_2 (ośrodki rdzeniowe i zwoje sympatyczne szyjne)

2. W zaburzeniach ograniczonych do kończyny dolnej, naświetlano okolicę grzbietowo-lędźwiową pomiędzy D_{10} - L_2 (ośrodki lędźwiowe i łańcuch sympatyczny lędźwiowy)

3. dodatkowo - pola naświetlania rozłożone wzdłuż naczyń danej kończyny. Uwzględniono dwa pola symetryczne, z każdej strony kręgosłupa: E.

E. 25 cm. D. Foc. 25 cm; filtr 5 mm. Al.; 400 R na seans; 3 seanse w tygodniu; 1.200 - 1.600 R na pole podczas serji; 3 tygodnie przerwy pomiędzy serjami:

A. A. poddają rozważaniu wpływ rentgenoterapji na gruczoły wewnętrznego wydzielania (nadnercza) i wpływ tejże na układ sympatyczny, z którym wiążą otrzymane dobre rezultaty.

W dusznicy sercowej podają te same warunki techniczne jak przy powyżej zastosowanym osiowem naświetlaniu układu sympatycznego, ze zmianą w ustawieniu pól. Stosowano dwa pola na okolicę serca i jego pień naczyniowy, od przodu i od tyłu. Praca zawiera 8 obserwacji dotyczących choroby Raynaud, i przypadek arteritis obliterans; trzy obserwacje dusznicy sercowej.

A. A. omawiają wyniki i metody naświetlań w powyższych schorzeniach podawane przez *Borak'a, Gounin'a, Philipps'a Tunick'a* i innych.

Diagnostyka radjologiczna nawykowych zwichnięć stawu barkowego. (Le radiodiagnostic dans la luxation récidivante de l'épaule). J. D i d i é e.
Journal de Radiologie 1930 r. T. XIV, Nr. 4, str. 209.

Liczne badania dotyczące nawykowych zwichnięć stawu barkowego wykazywały jako przyczynę niewydolność aparatu mięśniowo — łącznotkankowego w obrębie omawianego stawu. Opierając się na badaniach klinicznych i anatomicznych *Gregoire'a* (1913 r.) który podał iż pewna deformacja główki, jej wydłużenie (spłaszczenie kąta w miejscu przejścia szyjki w sklepienie główki w tylnej części, ubytek kostny w tem miejscu) uspasabia i najczęściej powoduje zwichnięcia nawykowe, a. za cel pracy wyznaczył sobie wykazanie zmian powierzchni w obrazie rentgenowskim.

Metoda a. polega na: 1) zdjęcie stawu barkowego w rotacji wewnętrznej, 2) w rotacji zewnętrznej i 3) w ułożeniu chorego na brzuchu z ręką opartą na biodrze.

Ad 3) postępowanie jest następujące: chory leży na brzuchu, ramię przylega do stołu, głowa zwrócona w stronę kończyny górnej zdrowej, kończyna badana zgięta w stawie łokciowym, kciuk wzniesiony ku górze opiera się na grzebieniu talerza biodrowego. Aby ułożenie ramienia było równoległe do kliszy pod łokieć wkłada się twardą poduszeczkę 6—8 cm grubości; oś międzykłykciowobloczkowa ułożona prostopadle do poziomu stołu.

Centrowanie lampy: pochyla się antikatodę ponad łokciem, centrując promień główny na główkę kości ramieniowej pod kątem 45° w stosunku do linji poziomu.

Otrzymany obraz normalny pozwala odczytać: wyrostek barkowy ułożony równolegle do zarysów główki, nasada kości ramieniowej ułożona w rotacji wewnętrznej; zarys sklepienia główki uwidoczniony w 3/4 swego obwodu, panewka zarysowuje się nad sklepieniem główki, wyraźnie zaznaczony guzek większy kości ramieniowej. Obraz rentgenowski przy zwichnięciu nawykowem daje ubytek substancji kostnej na poziomie górno — zewnętrznego zarysu główki. Nierówność ta przechodzi z główki na część szyjki, poza tem obraz anatomiczny w zupełności zgodny z podanem przez Gregoire'a.

Opierając się na dwuch przypadkach, w których zwichnięcie wystąpiło po raz pierwszy, ale badanie opisaną metodą wykazało w główkach kości ramieniowych zmiany charakterystyczne dla zwichnięcia nawykowego — a. proponuje w celach prognostycznych sprawdzanie swoim sposobem wszystkich nastawionych zwichnięć stawu barkowego.

Dr. Konarska.

NEUROLOGJA.

Znaczenie biopsji dla rozpoznawania guzów układu nerwowego ośrodkowego. (La valeur des méthodes biopsiques pour le diagnostic des tumeurs du système nerveux central). E. F o r s t e r.
Rev. neur. 1931. T. I, N. I, str. 1.

Autor zachwala nakłucie mózgowe Neissera Pollacka, które stosuje od 25 lat i bez którego obecnie nie niemógłby się obejść. Autor omawia sposób wykonania nakłucia i wybór miejsca. Niebezpieczeństwo nakłucia mózgowego zasadza się tylko na możliwości trafienia na duże naczynie i wywołania krwotoku.

Za pomocą nakłucia mózgowego udaje się rozpoznać nie tylko różne rodzaje guzów, lecz i inne cierpienia: wągrowatość, ropień, torbiel, grużlicę. Nierzadko występuje efekt leczniczy w krwotokach urazowych pod — i nad— twardówkowych, w wodogłowiu wewnętrznem, torbielach, papilloma plexus chorioidei.

Znaczenie objawów przedsionkowych i zespołu dna w przypadku guza komory IV. (Importance des manifestations vestibulaires et du syndrome du plancher dans un nouveau cas de tumeur du IV ventricule). J. A. B a r r è i O. M e t z g e r.
Revue neurol. 1931. T. I, Nr. 1. str. 15.

Istnieje kilka postaci klinicznych guzów komory IV. Należałoby wydzielić postać przedsionkową. Wymioty wczesne, jako jedyny objaw na początku choroby, nagłe, lecz przejściowe załamywanie się jednej lub obu nóg, brak zawrotów samoistnych, i niemożność wywołania ich — stanowi zespół bardzo wczesny powolnego ucisku ośrodków i torów przedsionkowych opuszki. Ponadto słuch bywa normalny i występuje dysharmonja objawów przedsionkowych.

Dwa przypadki naczyniaka mózgu, jeden z nich rodzinny. O znaczeniu ustawienia głowy dla rozpoznania guzów tylnej jamy czaszkowej. (Deux cas d'hémangioblastome du cervelet dont l'un familial. Sur la valeur de l'attitude de la tête pour le diagnostic des tumeurs de la fosse postérieure). C. V i n c e n t i F. R a p p o p o r t.
Revue neurol. 1931. T. I. Nr. I. str. 32.

Ustawienie przymusowe głowy, bądź zgięcie ku przodowi, bądź ku tyłowi ma znaczenie decydujące dla rozpoznania guza tylnej jamy czaszkowej tylko wtedy, o ile występuje jako objaw pierwszy, lub przynajmniej jako jeden z pierwszych, albo jeżeli wraz z niem występuje kilka wyraźnych objawów opuszkowych lub móżdżkowych.

Chora, której opis jest podany, miała naczyniaka móżdżku, zaś syn jej — naczyniaka siat-

kówki. Ojciec umarł wskutek cierpienia mózgowego, wyrażającego się silnemi bólami głowy. Dwie siostry, czy bracia zmarli wskutek zapalenia opon, przebiegającego bezgorączkowo.

Przewlekłe przerostowe zapalenie kilakowe nerwu łokciowego u syfilityka z wiądem rdzenia. (Névrite hyperthrophique chronique scléro-gommeuse du nerf cubital chez un syphilitique tabétique). G. Guillain i J. Périsson.

Revue neurol. 1931. T. I. Nr. I. str. 27.

Przypadek nastręczający trudności rozpoznawcze. Różniczkowanie wahało się między trądem, a kiłą, tem bardziej że pacjent cierpiał na wiąd. Dopiero badanie bioptyczne ustaliło rozpoznanie.

Przegląd porażeń skojarzonych gałek ocznych. (Révision des paralysies des mouvements associés des globes oculaires). Th. Alajouanine i R. Thurd.

Rev. neur. 1931. T. I, N. 2, str. 125.

Porażenie ruchów gałek ocznych dzielimy na: 1) porażenia ruchów dowolnych przy zachowaniu czynności odruchowych i 2) porażenia całkowite, równoczesne ruchów dowolnych i odruchowych.

Porażenia ruchów dowolnych przy zachowaniu czynności odruchowej zależą od uszkodzenia 1) ośrodków psychomotorycznych spojrzenia, które mieszczą się w regio praerolandica, w sąsiedztwie ośrodków twarzy, lub 2) torów ruchowych, z nich wychodzących, które biegną wraz z drogą piramidową.

Całkowite porażenie ruchów dowolnych gałek ocznych we wszystkich kierunkach zwykle łączy się z diplegia facialis cerebralis.

Porażenie poszczególnych ruchów dowolnych na boki zdarza się często, szybko mija i zależy od uszkodzeń okolicy gyrus Rolandi; zaś przy porażeniach ruchów pionowych nie stwierdza się zmian w ośrodkach spojrzenia, natomiast obustronne zwyrodnienia szlaków piramidowych (paralisis pseudo-bulbaris).

Porażenie całkowite dotyczące tak ruchów dowolnych jak odruchowych zależą przeważnie od ognisk w bliskości jąder ocznych, ku którym zmierzają szlaki o charakterze dowolnym i odruchowym. Szlaki te zbierają się w spoidle białem i pęczkach podłużnych tylnych.

Całkowite porażenie ruchów we wszystkich kierunkach zdarza się wyjątkowo: musiały by być zniszczone spoidła białe i oba pęczki podłużne tylne.

Porażenie całkowite ruchów pionowych lub tylko ruchów ku górze zależy od zniszczenia okolicy przywzgórkowej, mianowicie spoidła tylnego. Zwykle równocześnie bywają zniszczone ośrodki źrenicowe, wobec czego ginie odruch świetlny.

Porażenie całkowite ruchów na boki zależy od uszkodzenia czepca mostu. Zniszczenie pęczka podłużnego tylnego prawego wywołuje porażenie ruchów na prawo, zniszczenie lewego — porażenie ruchu na lewo.

Zdarza się częściowe porażenie ruchów odruchowych gałek ocznych.

Porażenie może ulegać rozkojarzeniu: zwłaszcza w przypadkach zdrowienia w początku powracają ruchy odruchowe.

Wieloogniskowe surowicze zapalenie opon. (Méningite séreuse à localisations multiples). H. Claude, Velter i de Martel.

Revue neurol. 1931. T. I. Nr. 3. str. 250.

Opis przypadku, który nastręczał wyjątkowe trudności rozpoznawcze. Trepanacja odbarczająca wpływa leczniczo na brodawkę zastoinową; wpływ ten jest stały i decydujący.

Myoklonje pląsawicy elektrycznej Henocha-Bergerona. (Sur les myoclonies de la chorée électrique d'Hénoch-Bergeron). Bogaert i Sweerts.

Revue neurol. 1931. T. I. Nr. 3. str. 262.

Skurcze pląsawicy *Henocha-Bergerona*, nie są rytmiczne i tem odróżniają się od hyperkinez nagminnego zapalenia mózgu. Skurcze pojedyńczych mięśni (typ *Unverrichta-Friedreicha)* stanowi fragment skurczy wielomięśniowych, typ *Bergerona.*

Zespół hypertoniczny i zaburzenia psychiczne po ostrem zatruciu tlenkiem węgla. (Manifestations hypertoniques avec troubles du psychisme consécutifs à l'intoxication oxycarbonée aigue). Chavany, David, Gilbert-Dreyfus.

Rev. neurol. T. I. Nr. 3, str. 269.

Niezwykle szybko po zatruciu tlenkiem węgla występuje zespół hypertoniczny o bardzo dużem natężeniu. Przypomina cokolwiek sztywność

śpiączkową, lecz nie stwierdza się drżenia i skurczy mięśniowych. Zaburzenia psychiczne nie przedstawiają szczególnych cech i zależą nie od zmian w jądrach szarych, a od zmian komórkowych kory, zwłaszcza od licznych małych ognisk rozmiękczeniowych w białej istocie kory.

Patogeneza zmian kuli bladej jest dotąd ciemna, niezależą one od specjalnego ułożenia tętnic. Dla powstawania ognisk w kuli bladej jest niezbędna obecność miażdżycy mózgu (kiła lub alkoholizm).

Dr. Z. Messing.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Krwawienie u młodych dziewczyn i młodych kobiet. (Les hémorragies des jeunes filles et des jeunes femmes). S i r e d e y A.
Bull. méd. 1931 I, 335.

Na wstępie wspomina autor o krwawieniach z macicy u noworodków, które zresztą nie mają nic wspólnego z miesiączką i zazwyczaj mijają bez żadnej terapji. Następnie omawia pokrótce krwawienia u dzieci związane z gonokokowym zapaleniem pochwy, zaznaczając przytem, że najczęściej źródła zakażenia szukać należy w rodzinnem otoczeniu dziecka.

Przechodząc wreszcie do krwawień okresu pokwitania, autor podkreśla znaczenie czynników psychicznych, zaburzeń w krążeniu, czynnika dziedziczności, schorzeń nerek, wątroby i woreczka żółciowego i wreszcie zaburzeń w układzie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

Badanie przypadków krwawienia pokwitania, powinno polegać, poza badaniem ogólnem, na badaniu narządów miednicy małej oczywista per rectum u dziewic. Badanie takie wykryć może zmiany kształtu i wielkości macicy, zmianę jej położenia, niewielkie mięśniaki, schorzenia przydatków, torbielowate zwyrodnienie jajników lub zmiany bliznowate w nich występujące, torbielaki i t. p.

Jednakowoż w całym szeregu przypadków badanie nie wykazuje zmian patologicznych w zakresie narządów miednicy małej. W tych razach o ile krwawienie nie przechodzi, pomimo leżenia w łóżku i starannego leczenia, pozostaje jedynie zbadanie wnętrza macicy, na co oczywista uzyskać musimy zgodę rodziny, gdyż związane to jest z uszkodzeniem błony dziewiczej. Okazuje się wówczas niekiedy, że przyczyną krwawienia były bądź polipy, bądź mięśniaki podśluzowe, bądź rozrost gruczołów śluzówki.

W przypadkach zmian śluzówki macicy skrobanka niekiedy leczy ostatecznie cierpienie, niekiedy zaś pozostaje zupełnie bez skutku, tak, że obrazy mikroskopowe wyskrobanej kilkakrotnie śluzówki nie różnią się zupełnie od siebie. Nie należy przypuszczać, żeby przerost śluzówki miałby być wstępem do zwyrodnienia złośliwego, pomimo wieloletniej obserwacji nigdy w takich przypadkach nie stwierdzono rozwoju raka macicy.

Od chwili zamążpójścia dołączają się nowe przyczyny krwawień z macicy. Chodzi tu przedewszystkiem o sprawy zapalne, toczące się w macicy, lub, co częściej, w jej otoczeniu, a wywołane przez gonokoki lub pałeczki okrężnicy. Ponadto występują w tym okresie krwawienia związane z ciążą, w postaci przedewszystkiem grożącego poronienia.

Leczenie krwawień okresu pokwitania polegać winno na bezwzględnym spokoju, najlepiej leżeniu w położeniu poziomem z wzniesionemi ku górze nogami. Leczenie organopreparatami wskazane jest w przypadkach zaburzeń hormonalnych w każdym razie dobrze jest podawać wapń, surowicę i żelatynę; stałym lekiem pomocniczym winien być sporysz. Ponadto u młodych kobiet (nie dziewic) wskazane są gorące irrygacje 50° C., kanką à double courant...

Jeśli to leczenie nie pomaga, przejść należy do terapji czynnej, jako to: skrobanie, wycięcie mięśniaków i t. p. Autor gorąco poleca leczenie radem krwawień z macicy, jako środek pewny i o tyle lepszy od wycięcia macicy, że znane są po zastosowaniu radu jeszcze przypadki zajścia w ciążę.

Rozpoznanie rentgenologiczne w ginekologji. (Le radio-diagnostic en gynécologie). D o u a y.
Sprawozd. z Kongresu w Gynécol. et obstétr. I. 24, Nr. 4 r. 1931.

W związku z tematem głównym na Zjeździe ginekologów francuskich w Bordeaux w październiku 1931 r. zabrał głos *Douay* z Paryża. Zastanawiał się on nad wartością dwu do niedawna uważanych za konkurencyjne metod badania drożności jajowodów: przedmuchiwanie i salpingografji. Autor wykonał 576 przedmuchiwań i 709 hystero-salpingografji. W świetle obecnych doświadczeń nie ulega wątpliwości, że metody omawiane nie są konkurencyjne ale wzajem się dopełniają: orjentacyjną metodą będzie zawsze przedmuchiwanie, zaś tam, gdzie chodzi o ostateczne i ścisłe rozpoznanie, zwłaszcza przed zamierzoną operacją, wykonywaną dla przywrócenia płodności — tam nieodzowne będzie rentgenowskie prześwietlenie jajowodów.

Natomiast w myśl zasady naczelnej obowiązującej w medycynie „primum non nocere" ważniejszą może jest kwestja bezpieczeństwa tych metod diagnostycznych.

Otóż nie ulega, zdaniem *Douay*, wątpliwości, że metoda hystero salpingografji kryje w sobie więcej niebezpieczeństwa od przedmuchiwania.

Nie należy jednak przesadzać obaw przed tą metodą, wszak ilość komplikacji według *Douay* nie dochodzi do 1% (0,73%). Powikłania te polegają na odnowieniu się sprawy zapalnej przydatków z powodu przedostania się lipiodolu do jajowodu zamkniętego od strony brzusznej, a otwartego od macicznej. Lipiodol, nie mając niewątpliwie własności bakterjobójczych, drażni jako ciało obce, tak, że z wodniaka czy z innego torbielaka jajowodu (sactosalpinx) wytwarza się ropniak (pyosalpinx) nadając oczywista całemu obrazowi klinicznemu charakter groźny i burzliwy. *Douay* obserwował 3 takie przypadki, które w następstwie po dłuższej obserwacji operował i wszędzie stwierdził niewątpliwe ślady lipiodolu. Ten ostatni pozostawać może w zamkniętych jajowodach bardzo długo, latami: tak naprz. po 3 latach stwierdzono przypadkiem przy sposobności rentgenowskiego badania przewodu pokarmowego obecność lipiodolu w jajowodach, wprowadzonego tam przy hystero salpingografji.

Głównym celem rozpoznawczym salpingografji jest wykrycie przyczyn niepłodności; badanie zawartości macicy, ewent. jej nowotworów, daje mniej pewne wyniki.

Głębokie leczenie rentgenowskie mięśniaków macicy i krwawień okresu przekwitania. (La radiotherapie pénétrante dans les fibromes utérins et leshemorrhagies de la ménopause). Remy-Roux. *Bull. Soc. Radiol. méd. France. I. 19. str. 192, 1931.*

Technika naświetlań jest następująca: natężenie 200 kilowat., filtr — 1 mm. miedzi i 2 mm. aluminjum; 4 pola: jedno z przodu, jedno od tyłu i dwa z boków; dawka łączna wynosi 4000 R., podana na 4 posiedzeniach po 1000 R., z przerwami jednodniowemi; leczenie trwa zatem przez tydzień; wyjątkowo u osób bardzo otyłych autor daje 6000 R. na 6 posiedzeniach. Po naświetleniu pacjentka powinna pozostać w klinice do następnego dnia, z powodu przykrych objawów ogólnych, występujących zazwyczaj.

Na 159 przyp. (42 — mięśniaków bez krwawienia, 91 — z krwawieniem, 26 — krwawień w okresie przekwitania) autor doznał zawodu zaledwie w 3 przyp. 4 przyp. naświetlane przez innych rentgenologów słabszemi dawkami bezskutecznie, zostały wyleczone metodą autora. Krwawienie ustaje przeważnie natychmiast, najdalej po 1 — 2 miesiącach. Guzy mięśniakowate zmniejszają się prawie zawsze; ich znikanie oczywista zależy od ich wielkości.

Krwawienia maciczne i ich leczenie. (Les métrorragies et leur traitement). Chomé Ed. *Leç. Clin. Tarnier. T. J., str. 140. 1931.*

Autor omawia krwawienia z macicy, systematyzując je jak następuje: 1) *krwawienia pochodzenia nowotworowego;* mogą one zależeć od dobrotliwych nowotworów jak uklej (polypus) śluzowy lub mięśniowy, gruczolak dobrotliwy szyjki lub przerost śluzówki, albo też zależą one od nowotworu złośliwego (raka) macicy lub części pochwowej czy pochwy. Grupa powyższa nie wymaga omawiania, jako dobrze znana.

2) Krwawienia na tle zaburzeń w krążeniu. Z dziedziny chorób serca chodzi tu przedewszystkiem o zwężenie zastawki dwudzielnej, gdyż niedomykalność tej zastawki, jak również wady aorty nie odbijają się na krążeniu w zakresie miednicy małej, chyba że dołącza się do tego stanu ogólna miażdżyca tętnic. Objawem omawianych zaburzeń są obfite i długie miesiączki.

Inna zgoła patogeneza zastoju w miednicy małej winna być brana pod uwagę, jeśli w zakresie narządów płciowych mamy do czynienia ze sprawami zapalnemi.

Objawem charakterystycznym jest zmienna wielkość macicy, następnie obrzęk i bolesność przymacicz; podmiotowo chore odczuwają bóle to po jednej to po drugiej stronie, przyczem badanie nie wykazuje większych zmian po stronie bardziej dolegliwych bolów.

Stan ten najczęściej ma miejsce u osób z zaburzeniami w układzie nerwów błędnego i współczulnego, z zaburzeniami naczynio-ruchowemi głównie w zakresie miednicy małej. Zazwyczaj jednocześnie stwierdzamy napady skurczów naczyniowych, zaburzenia cieplne, częstoskurcze i nieregularność tętna, czynnościowe zaburzenia żołądka i kiszek. Z biegiem czasu pod wpływem zastoju mogą wytworzyć się żylaki w przypadkach, które z kolei mogą spowodować szereg zaburzeń w narządach rodnych. Leczenie polegać winno na zabiegach miejscowych, ale także na ogólnej hygjenie życia. U starszych kobiet wskazane jest wyjałowienie promieniami Roentgena.

3) Krwawienia spowodowane schorzeniami krwi. Do grupy tej należy blednica (chlorosis) z obfitemi miesiączkami ustępującemi pod wpływem leczenia żelazem. Anemia perniciosa wywołuje zpoczątku obfite krwawienia miesięczne, potem

brak miesiączki. Leczenie w tej grupie powinno i może być ściśle przyczynowe.

4) Krwawienia naskutek zmienionej kurczliwości macicy.

Tutaj wymienić należy przypadki niedorozwoju i mięśniaków macicy, w których przy normalnych pobudkach miesiączkowych przychodzi do nadmiernego krwawienia z macicy z powodu niedostatecznej kurczliwości. Do tej samej grupy zaliczyć należy subinvolutio uteri będące powodem nadmiernie obfitych pierwszych kilku miesiączek po porodzie. Leczenie w tej grupie winno polegać na podawaniu środków kurczących macicę.

5) Krwawienia z macicy pochodzenia jajnikowego.

Omawiając przedewszystkiem jajeczkowanie, względnie jego nienormalności, autor wspomina o drobnotorbielowatem zwyrodnieniu jajników, uważając je za przyczynę endometritis haemorrhagica i przerostu błony śluzowej; następnie autor zwraca uwagę na krwawienia, będące skutkiem nadmiernej obfitości hormonów w organizmie (metrorrhagia polihormonalis), a także na zapalne schorzenia jajników, wywołujące w nich zbliznowacenie; to ostatnie jest przeszkodą dla normalnego pękania pęcherzyka Graafa, co powoduje nadmierne wysycenie organizmu follikuliną, przy t. zw. follikulus persistens.

Z chorób ogólnych pamiętać należy o kile; która może wywoływać zmiany w jajniku częściej, jak sądzono dotychczas. Wogóle powiedzieć trzeba, że jajnik stanowi jeden z najczulszych narządów na wszelkie zakażenia i zatrucia rozmaitego pochodzenia. Gruczoły wewnętrznego wydzielania a zwłaszcza tarczyca i przysadka mają niewątpliwy wpływ na prawidłowy przebieg menstruacji.

Leczenie zaburzeń na tle hormonalnym uważa autor za znane, podkreśla jedynie stosowanie insuliny w krwawieniach tej grupy.

Nowa metoda reakcji biologicznej wczesnego rozpoznania ciąży. (Nouveau procédé de diagnostic biologique de la grossesse). B r o u h a.

Paris méd. 1931.I, 496.

Zwierzęciem doświadczalnym jest młoda królica (2—3 miesięczna) niekoniecznie niedojrzała; przeciwnie u zwierząt niedojrzałych reakcja przebiega leniwiej. Zasadniczą wartością nową omawianej próby biologicznej jest jej szybkość. Już w 24 godz. po injekcji dożylnej 5 cm^3 moczu (do żyły brzeżnej ucha), występują punkty krwawe w jajniku królicy (wylewy krwawe do pęcherzyka Graafa), które stwierdzić można zapomocą próbnej laparatomji, tak, że to samo zwierzę doświadczalne może być parokrotnie używane do reakcji. Ponieważ nadają się do tego królice dojrzałe, jak wspomniano na wstępie, dobrze jest w razie wątpliwości stwierdzić laparotomją próbną stan przed doświadczeniem. Czas trwania reakcji wynosić winien 24—48 godz., gdyż nie zawsze już po 24 godz. występują punkty krwawe. Wykonano próbę w 110 przyp., z tego w 52 była ciąża przynajmniej 2 mies. Na III dz. połogu reakcja znika. W pozostałych 58 przyp. ciąży nie było i reakcja wypadła ujemnie; w przypadkach tych miały miejsce rozmaite schorzenia ginekologiczne, między innemi nowotwory złośliwe.

Okres, w którym zapłodnienie jest możliwe. (Le moment propice a la fécondation). R e g n a u l t J.

Progrés med. 1931 II, 1528.

Autor polemizuje z *Knaus'em*, który twierdził, że kobieta może zajść w ciążę od 10 do 17 dnia cyklu miesiączkowego. Tymczasem autor przytacza kilka przypadków, z których zapłodnienie nastąpiło na 6, 7 dzień od początku miesiączki, względnie tuż przed następną miesiączką. Wobec tego autor pragnie wzbudzić dyskusję nad omawianą sprawą.

Napięcie macicy i jego zmiany. (Le tonus utérin et ses variations). M a h o n R.

Gynéc. Obstetr. T. 25, Nr. 1, 1932.

Napięcie macicy jest to, zdaniem autora, pewien stopień stałego skurczu, będącego odruchem na rozciąganie od wewnątrz. Zmiany tego napięcia zależeć mogą tylko od zmian objętości macicy, to też w czasie porodu spostrzec je można dopiero po wydaleniu płodu, względnie w niektórych przypadkach po odpływie wód płodowych. Natomiast często używane wyrażenie „zmiana napięcia macicy w czasie porodu" winno być zarzucone, gdyż nie odpowiada ono pojęciu trwałości, jakie istnieje niewątpliwie w słowie „napięcie"; omawiane przed chwilą wyrażenie odnosi się raczej do jakości skurczów macicy.

Teoretycznie odróżnić należy napięcie od kurczliwości (rétractilité) mięśnia; to ostatnie pojęcie związane jest ściśle z elastycznością włókien mięśniowych; praktycznie jest prawie niemożliwością odróżnić od siebie te dwa rodzaje czynności mięśni.

Ze środków farmakologicznych jedynie morfina wywiera pewien nieznaczny wpływ na napięcie macicy, w kierunku jego zmniejszenia...

Tak zwane patologiczne zmiany napięcia są raczej zaburzeniami w kurczliwości mięśnia macicy; zazwyczaj miesza się hypertonję czyli wzrost napięcia bądź z tężcem macicy t. j. jej skurczami zbyt często po sobie występującemi, bądź z trwałym obkurczeniem wywołanym przez utratę elastyczności, zależną od zmian mikroskopowych mięśnia, występujących w związku z przemęczeniem.

Ponieważ czynnościowe zniesienie unerwienia dzeniowego (naprz. zapomocą znieczulenia lędźwiowego) wzmaga konsystencję mięśnia macicy można przypuścić, że napięcie macicy zależy od układu anatomicznego współczulnego w jego części miednicowej, natomiast w rdzeniu znajdują się raczej ośrodki hamujące, zmniejszające tonus.

Podania doświadczalne w niniejszej pracy prowadził autor zapomocą t. zw. hysterografji zewnętrznej, podanej przez Fabre'a. Aparat ten składa się z elastycznego pasa otaczającego brzuch i cardiografu Marey-Pachon'a. Aparat opisuje i zachwala również H. Vignes w Physiologie Obstétricale" na str. 305.

Leczenie rzucawki porodowej, oparte na fizjopatologji. (Therapeutique de l'eclampsie basée sur la physiopathologie). Wodon Jean-Louis.
Arch. internat. Méd. expér. T. 6, str. 245, 1931.

Opierając się na badaniach fizjologicznych, świadczących o przeciwskurczowym działaniu magnesium sulfuricum, zaleca autor stosowanie w przypadkach rzucawki porodowej 50% magnesium-sulfuricum w dawkach4 cm³ śródmięśniowo co 2½ godziny aż do ustania napadów i jeszcze dwa razy w ciągu następnych 12 godzin. Ogólna ilość magnesium sulfuricum może dojść w poszczególnych przypadkach do 60 gr. na dobę. Wyniki są dobre oczywista bez stosowania innego leczenia.

Magnesium sulfuricum wpływa hamująco na skurcze macicy i dzięki temu może być używane do regulowania nieprawidłowych bólów porodowych.

Omawiany lek wywołuje również spadek ciśnienia u eklamptyczek mniej więcej o 20 mm. Hg. przy ciśnieniu maksymalnem 180 — 230 mm. Hg.

Wymioty w ciąży w ciężkiej postaci wyleczone za pomocą insuliny. Stopniowy spadek współczynnika Maillard'a. (Vomissements graves de la grossesse guéris par l'insuline. Abaissement progressif du coefficient de Maillard). Pigeaud et Pizzera.
Lyon méd. 1931, I, str. 821.

29-letnia ciężarna w II miesiącu cierpiąca na ciężkie wymioty została uleczona zapomocą insuliny. Podawano dziennie po 15 jednostek insuliny, wraz z 15 gr. glukozy.

Ścisła obserwacja nie wykazała nigdy spadku cukru we krwi (hypoglikemia).

Leczenie trwało 2 tygodnie, poczem wystąpiła znaczna poprawa samopoczucia, waga zwiększyła się wydatnie, aceton, znikł, a współczynnik Maillard'a w moczu obniżył się znacznie.

Rozszerzone wycięcie pochwy i macicy przez pochwę i przez cięcie brzuszne w przypadkach raka macicy. (La colpo-hystérectomie élargie par voie combinée vagino - abdominale pour canceer de l'utérus).. Mocquot P. et G. Boqueli.
Journ. de Chirurg. T. 38, str. 305, 1931.

Znieczulenie ledźwiowe—0,12 narkainy. Okrężne cięcie w śluzówce pochwy na granicy górnej i średniej trzeciej części pochwy, odpreparowanie ścian pochwy od przodu i tyłu, ku pęcherzowi i odbytnicy! zeszycie górnej części pochwy szwem ciągłym. zeszycie ścian dolnej części pochwy ze sobą.

Na tem kończy się pochwowa część operacji. Przejście do cięcia brzusznego oczywista po odpowiednich zabiegach w zakresie aseptyki. w sposób typowy wycinamy macicę wraz z oddzielonym uprzednio górnym odcinkiem pochwy.

W ten sposób uzyskujemy dokładniejsze i łatwiejsze technicznie wycięcie pochwy w najbliższem otoczeniu nowotworowo zmienionej szyjki.

Wyniki tej operacji są bardzo zachęcające co do wyników odległych istotnego wyleczenia.

W sprawie zachowania się w przypadkach nieprawidłowości skurczów macicy w pierwszym okresie porodu. (De la conduite a tenir en présence des anomalies de la contraction uterine, durant la premiere periode du travail). Jeannin C.
Paris Médical, T. 21, Nr. 51, 1931.

Artykuł nosi charakter wykładu klinicznego, w w którym autor, prof. uniwersytetu, daje rzut oka na zachowanie się lekarza - położnika w zwalczaniu nieprawidłowości bólów porodowych.

Autor jest stronnikiem regulowania siły skurczów porodowych. Poleca on mianowicie przy nadmiernie silnych bólach zwłaszcza u pierwiastek podawanie spasmalgine'y, jako środka uspakajającego. Przy pierwotnie słabych bólach autor poleca wyciąg z tylnego płata przysadki mózgowej, jednakowoż nie radzi stosować go wcześniej, jak przy rozwarciu na pięcio-złotówkę. Zbyt wczesne stosowanie hypophysis jest nie tylko niebezpieczne, ale i bezcelowe, bo po paru niby silniejszych skurczach wraca dawne osłabienie macicy. Najprzykrzejszym powikłaniem ale i najczęstszym jest nieregularność bólów, przy której występuje jednoczesna ich słabość, gdyż brak po nich postępu porodowego. W tych przypadkach należy uspokoić najpierw zapomocą spasmalginy, a następnie pobudzić do czynności zapomocą hypophysis, leki powyższe podawać można nietylko naprzemiennie, ale i jednocześnie, wstrzykując naprz. 1cm³ spasmalgine'y z 0,3 cm³ hypophysis.

Sprawa przebicia pęcherza płodowego jako zabiegu przyśpieszającego poród, nie jest jeszcze, zdaniem autora, dostatecznie wyjaśniona. Tem niemniej sądzi on, że w przypadkach nadmiaru wód poprzedzających i przy dostatecznym rozwarciu (na pięcio-złotówkę) można przebić pęcherz płodowy i że przyśpiesza to znacznie poród.

Powikłania pęcherzowo-moczowodowe w czasie porodu. (Les complications vésico-uréterales au cours de l'accouchement). Vaudescal R.
Leç. Clin. Tarnier T. 6, str. 121, 1930.

Zastanawiając się nad przyczynami obrażeń układu moczowego autor zwraca uwagę na przekrwienie miednicy małej i na obrzęk tkanki łącznej, które jakoby mogą doprowadzić do anemji i wtórnej nekrozy moczowodu; oczywista nie mówiąc o ucisku samej główki na drogi moczowe. Przy zakładaniu kleszczy można uszkodzić pęcherz bezpośrednio łyżką, lub też pośrednio przynieść mu szkodę przez powstające blizny. Pamiętać pozatem należy, że uszkodzenia przepony moczowo-płciowej zmienia statykę nie tylko macicy ale i pęcherza, w którym wytwarza się t. z. cystocoele.

Zapalenie pęcherza może być skutkiem cewnikowania rodzącej, tego rodzaju cystitis trwa niekiedy bardzo długo i jako główny objaw ma nie tyle bolesne ile częste oddawanie moczu.

Pęknięcie pęcherza w czasie porodu należy do wielkich rzadkości; krwawienie z pęcherza jest zazwyczaj skutkiem pęknięcia żylaka.

Zatrzymanie moczu jest czystem powikłaniem porodu; już w czasie porodu trzeba niekiedy spuszczać mocz cewnikiem, gdyż rodząca sama oddać moczu nie może; po porodzie położnica nie mo-

że oddać moczu z powodu niedowładu ściany pęcherza uciśniętej w czasie porodu przez główkę. Jeśli stan ten trwał krótko, obrzęk śluzówki mija prędko, czynność pęcherza wraca do normy; uporczywe zatrzymanie moczu jest skutkiem niedowładu rozciągniętej ściany pęcherza uprzednio uciśniętej.

Późno występujące utrudnienie w oddawaniu moczu jest zazwyczaj skutkiem blizn powstałych dookoła cewki moczowej po porodzie. Pamiętać o tem należy przy cewnikowaniu, gdyż cewka niekiedy kolanowato zgięta usposabia łatwo do powstania t. z. fausse route; z tych też względów używać należy w tych przypadkach tylko miękkich cewników.

Nie trzymanie moczu po porodzie występuje bądź z powodu przetoki, bądź w związku z uszkodzeniem przedniej ściany pochwy i diaphragma uro-genitalis.

Ta ostatnia postać może współistnieć z wypadnięciem narządu rodnego, lub nie. Przednia część cewki przy tym stanie pozostaje za spojeniem łonowem, a tylna rozciąga się lejkowato co powoduje rozciąganie zwieracza i nietrzymanie moczu.

Leczenie tego stanu polegać winno oczywista na naprawie wypadnięcia narządów rodnych z ewen. zeszyciem krocza; operować należy po zupełnem zwinięciu się macicy, tymczasem zaś wskazane są lekkie masaże, djatermja cewki i pochwy, ewentualnie pessarjum.

W przypadkach przetok pochwowo pęcherzowych należy przed operacją wypróbować cewnik á demeure, przypalanie lapisem, co niekiedy daje zupełne zagojenie bez operacji.

W sprawie cięcia cesarskiego z czasowem pozostawieniem macicy poza jamą brzuszną (operacja Portes'a). (A propos de la cesasienne avec exteriorisation temporaire de l'uterus (operation de Portes). D e v r a i g n e L. M a y e r M.

Gynec. Obstetr T. 25 Nr. 1 1932.

W latach od 1924 — 1930 r. wykonano w szpitalu Lariboisiere osiem razy operację Portes'a z wynikiem dobrym. Wszystkie matki żyją, a z 8 dzieci wydobyto żywo 6. Z wymienionej liczby operacji — dwie wykonano w okresie, kiedy niewykonywano jeszcze cięcia cesarskiego w dolnym odcinku. To też wskazania tu były nieco inne, niż w pozostałych 6-ciu, gdzie operację omawianą wykonano tylko jako metodę konkurencyjną operacji Porro. Innemi słowy wskazaniem była konieczność rozwiązania rodzącej cięciem cesarskim, przy jednoczesnem braku warunków do niego, gdyż wnętrze macicy było prawdopodobnie już zakażone.

U pięciu rodzących wody odeszły już przynajmniej od 41 godzin (od 41 godzin 30 minut do 93 godz.); u jednej wody odeszły dopiero od 16 godzin, ale wykonywano u niej poza szpitalem szereg operacji położniczych per vias naturales.

Ciepłota wahała się od 38.5° C. do 40,5° C. w momencie operacji; jedna tylko rodząca wykazywała ciepłotę 37,6° C., ale wody u niej odeszły przed 93 godzinami i płód był w położeniu poprzecznym zaniedbanym z barkiem zaklinowanym i rączka w pochwie.

Dwie z operowanych kobiet zaszły następnie w ciążę; jedna urodziła żywe i zdrowe dziecko, wagi 2350 gr.; druga poroniła w IV miesiącu ciąży, a w dwa miesiące potem hysterografja lipiodolem stwierdziła normalny kształt jamy macicy.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, jedynie aż w 3-ch przypadkach zauważono rozejście się szwu macicy.

Autorzy przypuszczają, że było to skutkiem zbyt szybkiej resorbcji katgutu. W dwu przypadkach wykonano wtórny szew macicy z dobrym wynikiem, w jednym rany nie zeszywano, a macica sama wróciła do normy, czego dowodem była wyżej wspomniana ciąża z poronieniem w IV mies., i kontrola rentgenowska.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Przypadek parapsoriasis guttata prawie wyleczony przy pomocy złota. („Parapsoriasis guttata" presque guéri par l'or). G o u g e r o t i C a r t i a u d.

Bullet de la Soc. de Dermat et de Syphil. Nr. 4, 1931

Autorzy podają opis przypadku parapsoriasis guttata, w którym wykwity utrzymywały się od sześciu lat, były bardzo liczne i dochodziły średnicą do 40 mm., przypominając wykwity parapsoriasis en plaques. Próba tuberkulinowa była silnie dodatnia, leczenie miejscowe bezskuteczne. Zastosowano w końcu dożylne zastrzyki preparatów złota (crisalbine Poulenc) w dawkach 0.05 do 0.25, w ilości 17 zastrzyków w przeciągu około 4-ch miesięcy. Poprawa wystąpiła wyraźnie po 8-ym zastrzyku. Po ukończeniu tej serji zastrzykówwykwity znacznie cofnęły się, nie ustąpiły jednak całkowicie. W kilka miesięcy potem chory zgłosił się z zaostrzeniem się choroby, po 3-ch zastrzykach, zadowolony z wyniku, zaprzestał leczenia.

Ogólne poarsenowe zapalenie skóry, powikłane licznymi podskórnymi ropniami. (Erythrodermie arsenicale, suivie de multiples abcès sous-cutanés à staphylocoques). L o u s t e, T h i b a u t i D e l a p o r t e.

Bullet. de Soc. de Dermat. et de Syphil. N. 4, 1931.

Mężczyzna 19-letni z powodu kiły świeżej drugorzędnej otrzymał i zniósł dobrze pierwszą kurację specyficzną mieszaną (neo-arseno-benzol i Quinby). Po 2-tygodniowej przerwie rozpoczęto drugą kurację salvarsanową lecz zaraz po pierwszych zastrzykach pojawiły się objawy nietolerancji w postaci bólu głowy, wymiotów i podniesienia ciepłoty. Po 3-im zastrzyku wystąpiło silne swędzenie skóry i prawie równocześnie rumieniowe wykwity, szybko zlewające się z sobą, które wraz z objawami ogólnemi (wysoka ciepłota, częściowa utrata przytomności) dały obraz typowego posalvarsanowego ogólnego zapalenia skóry (erythrodermia — obrzęk i zgrubienie skóry, sączące pęcherzyki). Zastosowano leczenie moczopędne (1,5 theobrom. pro die) w połączeniu z wyciągami z wątroby. W okresie cofania się obrzęku i ustępowania zaczerwienienia pojawiły się początkowo na udzie, następnie na brzuchu i klatce piersiowej liczne podskórne ropnie, których ropa

obfitowała w gronkowce. Takie powikłanie jest zjawiskiem rzadkiem. Prawie zawsze powierzchowne zmiany ropne (impetigo, furunculus) wikłają posalvarsanowe zapalenie skóry, bardzo rzadko zjawiają się podskórne zmiany. Jakkolwiek głębokiego ogniska pierwotnego nie można było stwierdzić w żadnym organie wewnętrznym — należy przypuścić, że zakażenie poszło drogą krwiobiegu.

Mięsakowatość typu Kaposiego a leukemja limfatyczna. (Sarcomatose idiopathique de Kaposi et leucémie lymphoïde). L. Hufnagel i A. Dupont.

Bullet. de Soc. de Dermat. et de Syphil. N. 4, 1931.

U 75-letniego mężczyzny (izraelity) od 3-ch lat stopniowo pojawiały się coraz liczniejsze wykwity. Przypadek był typowym dla choroby Kaposiego. Wykwity umiejscowiły się mniej-więcej symetrycznie, wyłącznie na kończynach. Wielkość tych guzowatych, żywoczerwonych, sinych a nawet ciemnofjoletowych zmian była rozmaita. Guzki mniejsze, wielkości śrutu i grochu, były bardziej wypukłe, większe były bardziej płaskie i tworzyły wyniosłe tarczki o nieregularnych zarysach. Spoistość wykwitów przypominała naczyniaki. Stan ogólny chorego był dobry. W przypadku opisanym oprócz wyżej wymienionych znamiennych dla choroby Kaposiego objawów istniała rzadko spotykana limfocytoza krwi (ciałek czerwonych 3.200.000; ciałek biał. 47.600; limfocytów 93%), która nasuwała na myśl obecność współistniejącej limfatycznej leukemji. Szczegółowe badania histologiczne skrawków wykazały wprawdzie istnienie szczególnie obfitej ilości t. zw. prolimfocytów *(Ferrata)*, nie wyjaśniły jednak zagadnienia czy i jaki związek istnieje pomiędzy mięsakowatością Kaposiego, która właściwie niesłusznie nosi tę nazwę schorzenia o cechach nowotworu złośliwego, a leukemją limfatyczną.

Powtarzające się napady gruźliczego zapalenia otrzewnej, wywołane skaryfikacją tocznia (Poussées répétées de péritonite tuberculeuse provoques par autant de scarifications d'un lupus vulgaire) Ch. Audry.

Bullet. de Soc. de Dermat. et de Syphil. N. 4, 1931.

Uogólnienie się infekcji gruźliczej lub zaostrzenie starych ognisk w organach odległych, występujące po krwawym leczeniu tocznia skóry, jest rzeczą ogólnie znaną, jednak tak rzadką, że autor w ciągu swej 39-letniej praktyki spotyka się z podobnym przypadkiem po raz pierwszy.

Przed 13 laty leczył dziewczynkę z powodu tocznia na skrzydełku nosa (scarificatio i t. d.) — z dobrym wynikiem. Chora ta zgłosiła się ponownie po 4-ch latach z nawrotem tocznia na nosie, na śluzówce dziąseł i gardła. Z powodu rozległości zmian na błonach śluzowych autor zastosował leczenie tuberkuliną, które zostało przerwane skutkiem podniesienia ciepłoty i pojawienia się pokrzywkowej wysypki na całem ciele (alergicznej). Po następnych 4-ch latach autor dokonał wyłyżeczkowania ogniska chorobowego i skierował chorą do przyżegania zmian na śluzówkach. Chora zgłosiła się znowu po 4-ch latach z nawrotem. Wykonano skaryfikację skaryfikatorem Brocqa i zastosowano następnie maści z kwasem pyrogallusowym i jodoformem. W 15 dni po tym zabiegu ciepłota podniosła się, wystąpiły bóle brzucha, wymioty, biegunki i wzdęcie. Dolegliwości te zaostrzyły się wyraźnie po 2-giej skaryfikacji, wykonanej w 2 miesiące później. Po wykluczeniu zajęcia wyrostka robaczkowego rozpoznano peritonitis tuberculosa. Stan chorej po naświetlaniach promieniami ultrafjoletowymi poprawił się.

Chora zgłosiła się jeszcze raz po 2-ch latach znowu ze znacznem pogorszeniem stanu skóry na nosie, jednak w stanie ogólnym bardzo dobrym.

Autor, nie podejrzewając istotnego związku pomiędzy skaryfikacją a zapaleniem otrzewnej, wykonał znowu skaryfikację, po której w 6 dni pojawiły się te same, co przed 2-oma laty objawy otrzewnowe.

W przypadku powyższym trudno zastosować starą hipotezę o septicemji, wszystko przemawia za istnieniem utajonego ogniska około coecum, które wskutek wstrząsu alergicznego, wywołanego przez interwencję krwawą, uległo zaostrzeniu.

Mięsakowatość typu Kaposiego, jej histo i patogeneza. („La sarcomatose idiopathique pigmentaire multiple de Kaposi et ses interprétations histogénétiques et pathogéniques"). L. Hudelo i F. Cailliau.

Annales de Dermat. et de Syphil., N. 4, 1931.

Dokładne badania zmian histologicznych w przypadkach mięsakowatości typu Kaposiego, którego szczegółowy opis kliniczny podał autor w roku 1928 i w innych przypadkach tego schorzenia uprawniają autora do wysnucia następujących wniosków: choroba K., niema żadnych cech nowotworów złośliwych, jakimi są mięsaki. Proces chorobowy polega na proliferacji komórek nerwowych, znajdujących się w warstwie średniej i zewnętrznej ścian naczyń krwionośnych (proces pierwotny) i na następowem tworzeniu się nowych naczyń i ektazji skutkiem drażnienia śródbłonka naczyniowego (proces wtórny). Autor wykazuje w swoich preparatach związek pomiędzy zmienionemi komórkami w wykwitach a komórkami Schwanna, nie znajduje żadnego potwierdzenia dla hipotezy o pochodzeniu tych komórek od glomi periarteriales. Czynnikiem, który ten proces wywołuje, jest, zdaniem autora, czynnik infekcyjny.

Ograniczone wyłysienie czołowe. (De l'alopécie liminaire frontale). R. Sabouraud.

Annales de Dermat et de Syphil. N. 4, 1931.

Czasowe wypadanie włosów daje się zauważyć nawet na najzdrowszych mieszkach (linienie). Włos t. zw. martwy z cebulką „pełną" (zamiast wpuklonej włosa żywego), utracił zupełnie łączność ze skórą w obrębie cebulki, utrzymuje się jednak jeszcze w mieszku około 75 dni skutkiem przyczepienia się jego ścian bocznych. W ciągu tych 75 dni odbywa się w mieszku proces, prowadzący do powstania nowego włosa. W przypadkach łojotoku, wyłysienia pogorączkowego a także wyłysienia plackowatego, każdemu wypadnięciu włosa towarzyszy zawsze powstawanie nowego włosa, tylko, że włos nowy jest znacznie mniej wartościowy od poprzedniego, jest słabszy, cienki.

Po wypadnięciu tego włosa drugiego, wyrasta trzeci, jeszcze mniej wartościowy — i tak stopniowo włosy zamieniają się w meszek, zaledwie widoczny pod mikroskopem, który zawsze spostrzegamy w skórze wyłysiałej łojotokowej lub peladycznej.

Inaczej toczy się proces w przypadkach, w których po wypadnięciu włosa nie następuje jego odnowa. W tych przypadkach włos zamiera z cebulką wpukloną (favus, folliculitis staphylococ.), a proces chorobowy szybko prowadzi do zbliznowacenia mieszka bez przejścia przez stadjum zanikowe cebulki. O żadnej odnowie włosa w tych razach nie może być mowy. Wyłysienie jest trwałe. Do tej grupy schorzeń zalicza autor także t. zw. alopęcie liminaire frontale, schorzenie bardzo rzadkie. Autor spostrzegał w ciągu swojej praktyki tylko 12 takich przypadków, z tych 10 zgłosiło się ze schorzeniem zupełnie wykształconem, a tylko 2 przypadki w toku tworzenia się sprawy. Obraz kliniczny jest tak charakterystyczny, że, zdaniem autora, należy to schorzenie uważać za odrębną jednostkę chorobową. Sprawa rozpoczyna się zapalnemi sączącemi zmianami w okolicy obu skroni lub zmianami zapalnemi zbliżonemi do wypryskowatych na całej głowie (eczema seborrhoicum). Szybko pojawiają się w miejscu zmian zapalnych bliznowate łysinki, które w końcu tworzą symetrycznie na skroniach wyłysienia o kształcie nieregularnych trójkątów. Skóra w tych miejscach jest zanikowa jak gdyby bliznowata. Podobne wyłysienie powstaje wzdłuż czoła, w odległości około 1 cm. od granicy uwłosienia i łączy pasmem poprzednio powstałe łysiny na skroniach. Obraz powyższy może być niezupełny i składać się tylko z łysinek na skroniach lub niecałkowitego pasma. Leczenie, w okresie, gdy schorzenie jest już całkowicie wykształcone, jest bezskuteczne. W okresie zmian zapalnych stosowanie maści o dużej zawartości siarki (10%), kwasu pirogallusowego (3%) i rezorcyny (3%) skraca okres zapalny, a tem samem zmniejsza następowe wyłysienie.

Z. Jastrzębska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Wpływ wyciągu z tylnego płata przysadki na wydzielanie soku żołądkowego. Stwierdzono klinicznie na całym szeregu przypadków, że wstrzykiwania wyciągu z tylnego płata przysadki powodują wyraźnie zmniejszenie się nadkwaśności żołądka tak, że za pomocą tych wstrzykiwań — przy poparciu leczenia odpowiednią dietą — otrzymano wyleczenie kliniczne i radjologiczne wrzodu żołądka w wielu przypadkach, i to w czasie względnie krótkim. Owe działanie wyciągu przysadkowego w kierunku upośledzenia wydzielania soku żołądkowego odbywa się na drodze zubożenia tkanek i krwi w chlorki i wzmożonego ich wydzielania z moczem. *(La Presse Méd. Nr. 5, 1932).*

Cz.

Leczenie wykręcenia stawu (distorsio) i zapalenia stawu pourazowego zapomocą wstrzykiwania do tkanek przystawowych 1% roztworu nowokainy. R. Leriche i R. Fontaine zalecają w przypadkach wszelkiego rodzaju wykręcenia stawu i stanach pourazowego odwapnienia końców stawowych (bez obrażenia anatomicznego kości), którym towarzyszy zwykle bolesne zapalenie stawu, wstrzykiwanie do tkanek przystawowych 1% roztworu nowokainy w ilości ca 20 cm³, powtarzane codziennie dotąd, dopóki bolesność ruchowa danego stawu nie ustąpi całkowicie. Działanie tych wstrzykiwań jest nietylko objawowe, ale i rzeczywiście lecznicze, gdyż zniesienie bólów w stawie chorym umożliwia jego wczesne i rozległe uruchomienie, co z kolei sprzyja szybkiemu wygaśnięciu procesu chorobowego *(La Presse Méd. Nr. 15, 1932).*

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.